Ueber die Endresultate

der

Carcinome des Gesichtes

mit Ausschluss der Lippencarcinome.

Inaugural-Dissertation

verfasst

und der hohen medicinischen Facultät

der

Königl. Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

Rudolf Ohren

aus Velbert (Rheinland).

Referent: Hofrath Professor Dr. **Schönborn.**

Berlin 1888.

Gedruckt bei L. Schumacher.

Separat-Abdruck aus v. Langenbeck's Archiv. Bd. XXXVII. Heft 2

Seinen lieben Eltern

als Zeichen tiefempfundener Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Nachdem die Zeit, in der das Carcinom nicht nur im Volke, ondern auch in medicinischen Kreisen als ein „noli me tangere“ etrachtet wurde, glücklich vorüber ist, nachdem sich vielmehr eutzutage mehr und mehr die Anschauung geltend gemacht hat, ass dasselbe im Anfang stets ein locales Leiden und als solches urch eine locale Therapie heilbar ist, müssen wir uns dessen klar ewusst zu werden suchen, wie weit unsere Fortschritte in der arcinombehandlung gediehen sind, welche Erfolge wir von der-lben erwarten dürfen und welche Hoffnungen wir für die Zukunft u hegen berechtigt sind.

Die letzten Jahrzehnte haben uns bereits ein ziemlich reich-ches, statistisches Material gebracht, welches zur Beantwortung ieser Fragen dienen sollte. In seiner genauen und ausführlichen tatistik der Carcinome aus dem Jahre 1878 berechnet v. Winiarter aus einer Zusammenstellung sämmtlicher Krebse überhaupt ,21 pCt. Heilungen und 39,88 pCt. Recidive. Dabei sind übrigens n sämmtlichen Operirten 17,21 pCt. Todesfälle in Folge der peration nicht mit in Rechnung gezogen. Das Heilungsresultat rjenigen Operationen, nach welchen die Patienten am Leben geieben, gestaltet sich noch viel günstiger, wenn man die Fälle sschliesst, deren Ausgänge nicht in Erfahrung gebracht werden nnten; dann erhält man 40,94 pCt. Heilungen und 55,90 pCt. ecidive, während 3,14 pCt. frei von Carcinom an Krankheiten nderer Art gestorben sind.

Um aber ein genaueres Bild von den Endresultaten der Car cinome zu bekommen, ist es erforderlich, dieselben zu unterscheide und einzeln je nach ihrem Sitz und ihrer Natur zu betrachten Denn einerseits ist es natürlich nicht gleichgültig, ob ein für di Lebensfunctionen des Körpers direct nothwendiges Organ oder ei für dieselben minder werthvoller oder nicht erforderlicher The desselben von Krebs befallen und zerstört wird, andererseits abe zeigt die Natur des Krebses nicht immer und überall den gleiche malignen Charakter.

Im Allgemeinen gelten mit Recht die Schleimhaut- und Drüse carcinome als weit gefährlicher, wie die der äusseren Haut. Di mildeste Form der Krebsbildung sehen wir am häufigsten im Ge sichte auftreten, welches überhaupt der Lieblingssitz aller Haut carcinome ist. Doch auch hier können wir wiederum bedeutend Unterschiede in dem Grade der Malignität wahrnehmen, auch hie müssen wir uns oft genug davon überzeugen, dass der Krebs sein deletären Wirkungen nicht nur in loco, sondern auch auf den ganze Organismus und das Leben des damit behafteten Individuum geltend macht. Zweckmässiger Weise können wir von den Ge sichtscarcinomen wieder eine Gruppe ausscheiden, die sich sowol durch die Häufigkeit des Vorkommens, als durch den genau loca lisirten Sitz und die grössere Malignität von den übrigen Krebse des Gesichtes deutlich abhebt, die Lippenkrebse. Schliessen w diese von unserer Betrachtung aus und versuchen wir im Folgende durch eine statistische Zusammenstellung von Fällen, deren jede maliger Ausgang genau eruirt sein muss, festzustellen, was wir prognostischer Beziehung von den Carcinomen der übrigen Gesicht regionen zu erwarten haben, speciell welches die Erfolge unser heutigen therapeutischen Bestrebungen sind.

Der Güte des Herrn Hofrath Prof. Dr. Schönborn verdanl ich eine Reihe von Fällen dieser Art, welche im Julius-Hospita zu Würzburg in den Jahren von 1877—1887 zur Behandlung kame

Es wäre natürlich verfehlt, wollte ich aus den Angaben d Krankengeschichten: „geheilt entlassen“ etc. meine Schlüsse betref der Resultate dieser Carcinome aufbauen. Ich habe mich vielme bemüht, mich von dem Schicksal der in ihre Heimath entlassen Patienten zu informiren, und es ist mir in der grossen Mehrza der Fälle gelungen, eine genügende Auskunft zu erhalten. Wei

ich auch meine Angaben meist auf das Gutachten eines Laien gründen, so glaube ich, dass hierdurch doch wenige oder gar keine Fehlerquellen bedingt sind, da es sich ja hier gewöhnlich um so palpable Veränderungen handelt, dass auch ein Laie die gestellten Fragen gewiss beantworten kann.

Schwieriger ist es, wenn es sich bei Todesfällen von früher Operirten und bis zum Tode local Geheilten darum handelt, zu ruiren, ob der Tod in Folge von Carcinomentwickelung in inneren Organen erfolgt ist. Auf diese Fälle ist besondere Rücksicht genommen.

Das Auftreten der Recidive war leider nicht in allen Fällen der Zeit nach genau zu präcisiren. Von einem Theil der Kranken konnte nichts in Erfahrung gebracht werden. Bei Einigen konnte ich mich durch eigene Anschauung von ihrem gegenwärtigen Zustande überzeugen.

Es möge nun hier gleich eine kurze tabellarische Zusammenstellung dieser 72 Fälle folgen. Es schien am zweckmässigsten, dieselben gleich entsprechend ihrem definitiven Ausgang nach folgenden Gesichtspunkten zu ordnen: Es enthält

Tabelle I. die Kranken, welche bald nach der Operation gestorben sind,
„ II. die Kranken, welche an localem Recidiv gestorben,
„ IIa. die Kranken, welche frei von localem Recidiv an Carcinom innerer Organe gestorben,
„ III. die Kranken, welche mit localem Recidiv leben,
„ IIIa. die Kranken, welche, wegen Recidiv operirt, jetzt recidivfrei sind,
„ IV. die Kranken, deren Schicksal unbekannt geblieben,
„ V. die Kranken, welche bis Mai 1887 resp. bis zu ihrem Tode ohne Recidiv waren,

und zwar sind in Tabelle V die Kranken geordnet nach der Dauer der Heilung:

in Fall 1—9 beträgt dieselbe mindestens 3 Jahre,
„ „ 10—16 „ „ „ 2 „
„ „ 17—24 „ „ „ 1 „
„ „ 25—29 „ „ noch nicht 1 „

Tabelle I.

Bald nach der Operation gestorben.

ame, Stand.	Alter.	Sitz des Carcinoms.	Operation: Zeit.	Operation: Art.	Todesursache.	Zeit des Todes.
euberger, L., Oeconom.	68.	Rechte Schläfengegend.	18. 10. 81.	Exstirpation.	Delirium.	26. 10. 81.
Schneider, Michel.	59.	Link. Wangen- u. Halsgegend.	13. 6. 84.	Exstirpat. u. Plastik aus dem Rücken.	Acuter Gelenkrheumatismus.	18. 6. 84.
töhr, Josef, iebmacher.	69.	Rechte Schläfengegend.	3. 3. 86.	Exstirpation.	Inanition.	4. 3. 86.

An R

No.	Name, Stand.	Alter.	Sitz des Carcinoms.	Operation.	
				Zeit.	Art.
1.	Winssheimer, Joh. Tagelöhner.	69.	Recidiv am linken inneren Augenwinkel und oberen Lide.	19. 1. 77.	Excision
2.	Beukert, Anna.	72.	Linke Schläfengegend.	18. 9. 78.	Exstirpation Plastik
3.	Schreck, Johann, Förster.	68.	Wange.	4. 8. 79.	Exstirpati
4.	Dützel, Georg.	56.	Wange und Oberkiefer.	2. 12. 79.	Exstirpatio. maxillae sup. bulbi. Pla
5.	Bandorf, Nicol., Waldhüter.	68.	Linke Nasenhälfte.	25. 2. 80. und 13. 3. 80.	Exstirpation Plastik.
6.	Schoener, Margarethe.	74.	Linke Wange (auf den Oberkiefer übergehend).	26. 5. 80.	Exstirpation m Oberkieferres Plastik
			Recidiv in regione retromaxill.	25. 11. 81.	Exstirpation d cinoms und d Lymphdrü
7.	Sailer, Johann.	58.	Rechte Schläfengegend.	1. 12. 80, 3. 2. 81, 29. 3. und 24. 4. 81.	Exstirpation Plastik Exstirpatio Enucleatio
8.	Schneider, Adam.	66.	Glabella et Dorsum nasi.	26. 1. 81.	Exstirpation Plastik.
9.	Freudenthal, Lazarus, Oekonom.	48.	Rechte Wange.	1. 5. 82.	Exstirpati
			Recidiv in loco und in den Halsdrüsen.	11. 7. 83.	Exstirpation Plastik
10.	Häussner, Elise.	63.	Linke Wange.	8. 8. 82.	Exstirpation Plastik
11.	Reichert, Sabine.	58.	Nase und Oberlippe.	12. 5. 84.	Exstirpation, und Rhinop
12.	Weidner, Barbara.	31.	Rechtes Ohr.	17. 4. 84.	Exstirp. eines der Ohrmusch des knorpel. ganges
13.	Kirchner, Eva.	74.	Stirn (Mitte).	26. 11. 84.	Exstirpation, nation, Eröffn Sinus fron
14.	Reich, Katharine.	72.	Linkes unteres Augenlid (mit Uebergang auf das obere u. auf die Wange).	11. 2. 85.	Exstirpatio Plastik

le II.

rben.

Heilungsverlauf.	Entlassen.	Recidiv. Beginn	Recidiv. Sitz.	Zeit des Todes.
g d. Operationswunde. ab die Operat. des ent- Ectropiums nicht zu.	27. 1. 77.	Kurz nach der Operation.	Innerer Augenwinkel.	5. 5. 77.
ränder verheilten p. pr. ute Granulationen auf der Wundfläche.	28. 10. 78.	Nach einem halben Jahre.	in loco.	November 1880.
eilung p. pr. int.	20. 8. 79.	Nach 2 Jahren.	in loco.	30. 5. 84.
e Eiterung. Die mei- unden heilten p. pr. i. n kleines Stückchen t wurde gangränös.	5. 1. 80.	Anfang 1882.	In der Narbe. (Pat. wurde als inoperabel remittirt.)	5. 7. 83.
heilt entlassen.	6. 4. 80.	Nach 1 Jahre.	in loco.	7. 6. 86.
heilt entlassen. (Ge- Facialislähmung.)	22. 6. 80.	—	In regione retro-maxill.	—
facialis und accessor. durchtrennt.) Geheilt entlassen.	14. 12. 81.	?	In den Halsdrüsen und im äuss. Gehörgange (inoperabel, 14. 3. 1882).	7. 7. 82.
—	18. 12. 80.	?	in loco.	—
uswärts operirt.)	—	?	—	29. 8. 81.
geheilt entlassen.	25. 3. 81.	Continuirlich.	In der Wunde.	23. 8. 82.
heilt entlassen.	—	—	—	—
geheilt entlassen	24. 7. 83.	Continuirlich.	In der Wunde.	4. 12. 83.
heilt entlassen.	13. 9. 82.	10 Wochen nachher.	In der Narbe und unter dem Auge.	20. 6. 83.
Recidiv entlassen.	17. 8. 84.	Continuirlich.	Im harten Gaumen.	6. 9. 84.
heilt entlassen.	26. 5. 84.	Nach einem halben Jahre.	in loco.	30. 11. 86.
geheilt entlassen.	14. 2. 85.	Nach 3 Monaten.	in loco (19. 9. 85 inoperabel).	1885 December.
heilt entlassen.	8. 4. 85.	„Bald darauf.“	in loco.	8. 7. 86.

No.	Name, Stand.	Alter.	Sitz des Carcinoms.	Operation. Zeit	Art.
15.	Gigerich, Michel. Oekonom.	65.	Kinngegend (mit Uebergang auf den Unterkiefer).	28. 3. 85.	Exstirpat. des T und der affic. D Resect. eines kieferstück
16.	Hartmann, Joh., Bauer.	73.	Linke Parotisgegend. Recidiv in loco.	31. 8. 85. 20. 4. 86.	Exstirpation, Excision (ausv
17.	Ils, Katharine.	65.	Rechtes Ohr (äusserer Gehörgang) und Stirn (rechts und links).	12. 9. 85.	Excision des auricul. Auskr d. äuss. Gehörg Excision der frontis.

Frei von localem Reci

1.	Börger, Katharine.	58.	Stirn.	19. 5. 79.	Exstirpation Trepanati
2.	Wagenhäuser, Johann.	58.	Regio parotidea.	15. 3. 81.	Exstirpati
3.	Seuffert, Jacob, Tagelöhner.	76.	Rechte Wangenseite (mit Uebergang auf den Kiefer und den Masseter).	2. 10. 85.	Exstirpation. des Alveolar d. Unterkiefers tur des Unterl Plastik

Mit l

No.	Name, Stand.	Alter.	Sitz des Carcinoms.	Operation. Zeit.	Art.
1.	Feulner, Andreas, Privatier.	55.	Linke Wange (mit Uebergang auf den Oberkieferkiefer).	18. 8. 80.	Exstirpation, pa Oberkieferrese
			Recidiv am linken Auge.	1883.	Exstirpatio
2.	Müller, Caspar, Bauer.	66.	Linke Orbita, Nase, Wange.	9. 5. 83.	Exstirpation und des Margo infrac Enucleat. bulbi.
3.	Goldstein, Barbara.	53.	Linke Seite des Nasenrückens.	16. 12. 83.	Exstirpation und
			Recidiv an der linken Orbita und Nase.	26. 3. 84.	Exstirpation. A lung des Margo in Rhino-Melopl

Heilungsverlauf.	Entlassen.	Recidiv. Beginn.	Recidiv. Sitz.	Zeit des Todes.
eheilt entlassen.	7. 4. 85.	„Kurz darauf.“	in loco.	26. 4. 86.
Geheilt.	5. 9.	Nach ½ Jahre.	in loco.	—
„Nicht geheilt“.	—	—	—	5. 9. 86.
eheilt entlassen.	18. 10.	„Kurz darauf.“	Im Ohre.	½ Jahr später.

e IIa.

om innerer Organe gestorben.

g der Wundränder p. nt.; auf die offenen lächen Reverdin'- Transplantationen	28. 7. 79.	Juni 1881 erste Beschwerden.	Pylorus; kein locales Recidiv.	21. 6. 82.
eheilt entlassen.	11. 4. 81.	Nach einem halben Jahre.	? „ähnliches Gewächs im Leibe“.	16. 5. 82.
eheilt entlassen.	23. 11. 85.	Nach etwa einem halben Jahre.	Wahrscheinlich Carcinom des Oesophagus.	6. 1. 87.

e III.

y lebend.

lungsverlauf..	Entlassen.	Recidiv. Beginn.	Recidiv. Sitz.	Bemerkungen.
g p. prim. int. in r Ausdehnung.	1. 9.	Anfang 1883.	Am linken Auge.	Carcinom üb. die ganze linke Gesichtshälfte ausgebreitet.
—	—	Continuirlich.	In der Wunde.	Heftige Kopfschmerzen. Inoperabel.
eilt entlassen.	18. 7. 83.	Anfang August	an der Ursprungsstelle.	—
		Anfang October	am harten Gaumen.	Inoperabel.
eilt entlassen.	30. 1. 84.	Mitte März.	Linke Orbita.	—
Geheilt.	28. 4. 84.	—	Linkes Nasen- und Stirnbein.	—

No.	Name, Stand.	Alter.	Sitz des Carcinoms.	Operation. Zeit.	Art.
			Recidiv an der Nase.	5. 6. 84.	Exstirpation. Abm lung des Supraorl randes.
4.	Braun, Adam.	66.	Rechtes Ohr.	20. 5. 86.	Exstirpation. N.
			Recidiv in loco.	Ende Octb.	(Auswärts operi
5.	Gröhn, Elise.	53.	Rechte Stirn- und Supraorbitalgegend.	9. 10. 86.	Excision. Plast
6.	Reuss, Georg, Bauer.	69.	Nase.	26. 2. 81.	Exstirpation. Pla
			Recidiv. Rechte Parotisgegend und rechter Tragus.	25. 2. 85.	Exstirpation. Abtr des unteren Dritte Ohres.
7.	Gossmann, Marie.	66.	Rechter Nasenflügel.	18. 7. 85.	Excision. Rhinop
					Wegen Recidiv op
1.	Wiessmann, Elise.	62.	Nasenwurzel und linker innerer Augenwinkel.	10. 7. 84.	Exstirpation. Pl
				März 1887.	mit dem Glüheise gebrannt (auswä
2.	Bauer, Georg, Gastwirth.	46.	Linke Nasenhälfte und link. unteres Augenlid.	21. 10. 85.	Exstirpation, N
			Recidiv am unteren linken Augenlid u. Augenwinkel.	30 4. 87.	Exstirpation. Pl
				28. 5. 87.	Exstirpation eines tischen Stückes a transplantirten L

Tabelle IV.

Ausgang unbekannt.

No.	Name, Stand.	Alter.	Sitz des Carcinoms.	Operation. Zeit.	Art.	Heilungsverlauf.	Entl
1.	Häussler, Kunigunde.	65.	Gegend des Jochbeines.	11. 5. 77.	Exstirpation und Cauterisation der Wunde.	D. Schorf löste sich nach einigen Tagen. Mit gut granulird. Wunde entl.	22.
2.	Halm, Johann.	61.	Wangengegend.	26. 9. 78.	Exstirpation.	Geheilt entlassen.	8.

ilungsverlauf.	Entlassen.	Recidiv. Beginn.	Recidiv. Sitz.	Bemerkungen.
Geheilt.	14. 6. 84.	Nach $^1/_2$ Jahr.	Linke Orbita.	Kachektischer Zustand. Inoperabel.
Geheilt.	22. 5. 86.	Anfang October.	in loco u. in den Lymphdrüsen.	Patient hat „viel Frost und kann das Zimmer nicht verlassen“.
—	—	Nach 6 Wochen.	in loco.	
Geheilt.	?	Nach 6 Wochen.	in loco.	Pat. liegt seit 20 Wochen zu Bett. Heftige Kopfschmerzen.
Geheilt.	17. 3. 81.	Ende 1884.	Rechte Parotisgegend u. rechter Tragus.	—
Geheilt.	21. 3. 85.	Anfang 1887.	Rechter Stirnhöcker.	Operabel.
Geheilt.	1. 8. 85.	„Kurz darauf“.	Neben der Narbe.	Operabel.

e III a.

i 1887 recidivfrei.

Geheilt.	30. 7. 84.	Nach 2 Jahren.	Am oberen und unter. Rande des Transplantationslappens.	Die recidivfreie Zeit seit der letzten Operation beträgt erst einige Wochen.
Geheilt.	—	—	—	
Geheilt.	17. 11. 85.	Nach 1 Jahre.	in loco.	
—	—	—	—	
Geheilt.	—	—	—	

me, Stand.	Alter.	Sitz des Carcinoms.	Operation. Zeit.	Operation. Art.	Heilungsverlauf.	Entlassen.
Quetlitz, Babette.	62.	Rechte Wange.	8. 11. 80.	Exstirpation, Meloplastik.	Gangrän des Lappens.	?
Wagner, Wilhelm.	?	Nasenflügel.	31. 8. 81.	Exstirpation, Plastik.	Geheilt entlassen.	7. 9. 81.
Frankeniner, Elise.	55.	Rechte Wange (Recidiv) und linke Mamma.	3. 1. 82.	Exstirpation des Gesichtskrebses u. einer Lymphdrüse in der Regio submaxillar. Exstirp. mammae. Toilette der Achselhöhle.	Geheilt.	18. 1. 82.

No.	Name, Stand.	Alter.	Sitz des Carcinoms.	Operation. Zeit.	Operation. Art.	Heilungsverlauf.	Ent
6.	Maier, Helene	52.	Nase.	31. 3. 82.	Exstirpation.	Heilung p. p. i.	22.
7.	Ehehalt, Margarethe.	63.	Nase.	27. 6. 82.	Exstirpation, Plastik.	?	
8.	Taustig, Katharine.	69.	Linke Stirnseite.	28. 4. 83.	Exstirpation des Carcinoms sammt Periost. Abmeisselung einer Knochenlamelle am Sinus front.	Geheilt.	
9.	Röm, Anna.	58.	Wange.	23. 5. 83.	Excision mit dem Paquelin.	Ambulant behandelt (?).	

Bis Mai 1887, r

No.	Name, Stand.	Alter.	Sitz des Carcinoms.	Operation. Zeit.	Operation. Art.
1.	Oehrlein, Michel, Bauer.	40.	Linke Wange.	29. 5. 77.	Exstirpation,
2.	Reinhard, Nicol., Wagner.	74.	Augenlider, seitliche Nasengegend u. Wange.	22. 6. 78.	Exstirpation. des Margo-infra Plastik
3.	Schirber, Baltas., Polizeidiener.	64.	Ganzes unteres Augenlid, links.	13. 1. 79.	Exstirpation.
				10. 2. 79.	Nachoperation.
4.	Emmerling, Michel, Bauer.	44.	Wange.	26. 4. 80.	Exstirpation.
5.	Gans, Johann, Tagelöhner.	58.	Rechtes unteres Augenlid und innerer Augenwinkel.	18. 8. 80.	Exstirpation. plastik
6.	Guenther, Adam, Wirth.	62.	Linker Nasenflügel.	23. 5. 81.	Exstirpation. plastik
7.	Foerster, Christoph.	32.	Stirn.	18. 10. 81.	Exstirpat
8.	Bauer, Melcher.	72.	Linke Nasenhälfte.	8. 10. 82.	Exstirpation.
9.	Maier, Josef, Winzer.	42.	Rechtes unteres Augenlid, Nase, Wange.	29. 12. 82.	Excision und
10.	Rauch, Veit.	64.	Rechte Schläfengegend.	16. 11. 80.	Exstirpation. tion. Pl
11.	Bauer, Johann.	77.	Rechtes unteres Lid und Nasenrücken.	13. 9. 84.	Exstirpation. plasti
12.	Kümmel, Johann, Schneider.	48.	Linke Wange unter dem Auge.	10. 1. 85.	Exstirpation. (Conjunctiva
13.	Weber, Jacob, Bauer.	58.	Linke Schläfen- und Parotisgegend.	18. 3. 85.	Exstirpation. eines Stückes zygomaticus.

Name, Stand.	Alter.	Sitz des Carcinoms.	Operation. Zeit.	Operation. Art.	Heilungsverlauf.	Entlassen.
Breitenbach, Sebastian, Tagelöhner.	53.	Regio inframaxillaris (et glandul. et Os inframaxill.).	12. 6. 83.	Exstirpation, part. Resection, Plastik.	Fast geheilt entlassen.	23. 6. 83.
Haerth, Anton, Tagelöhner.	62.	Nase (Recidiv).	15. 9. 83.	Exstirp., Plastik.	?	?
		Recidiv am linken Nasenloch, der Oberlippe und l. Wange.	17. 1. 84.	Exstirpation des Recidivs sowie des Zwickels an dem transplantirten Lappen.	?	?

e V.

em Tode recidivfrei.

Heilungsverlauf.	Entlassen.	Heilungsdauer.	Bemerkungen.
Geheilt.	13. 6. 77.	10 Jahre.	—
Geheilt.	14. 7. 78.	9 Jahre.	—
ppen heilte nicht ganz ieren Augenwinkel an. Eiterung.	—	—	Pat. starb an „Wassersucht“ 19. 4. 84.
Fast geheilt.	4. 3. 79.	5 Jahre.	
Geheilt.	1. 5. 80.	7 Jahre.	—
Geheilt.	19. 11. 80.	6 Jahre.	Pat. starb an „Hirnschlag“ 8. 12. 86.
Geheilt.	?	6 Jahre.	—
Geheilt.	28. 11. 81.	4 Jahre.	Pat. starb an „Lungensucht“ 15. 7. 85.
Geheilt.	30. 10. 82.	4 Jahre.	—
Geheilt.	24. 1. 83.	4 Jahre.	—
Geheilt.	?	2 Jahre.	Pat starb 23. 2. 83 ohne Recidiv. „Er klagte über Kopfsausen und hartes Schnaufen“.
Geheilt.	27. 9. 84.	2½ Jahre.	Ectropium des rechten unteren Augenlides.
Geheilt.	23. 1. 85.	2 Jahre.	—
t granulirender Wundläche entlassen.	17. 4. 85.	2 Jahre.	Geringe Facialislähmung.

No.	Name, Stand.	Alter.	Sitz des Carcinoms.	Operation. Zeit.	Art.
14.	Kress, Georg, Bauer.	60.	Linke Wange (Perforation in die Mundhöhle).	27. 4. 85.	Exstirpation. P
15.	Klein, Michel, Bauer.	75.	Linke Seite der Stirn.	28. 4. 85.	Exstirpatio
16.	Schwab, Andreas, Bauer.	74.	Linker Nasenflügel.	8. 5. 85.	Abtragung mit Paquelin
17.	Laudenbach, Anna.	60.	Stirn.	21. 3.	Exstirpation. Tre ossis frontis. P
				19. 5. 82.	Reverdin'sche plantation
18.	Hölzer, Philipp, Müller.	48.	Rechtes unteres Augenlid.	10. 7. 85.	Exstirpation. P
19.	Rudolf, Caroline.	48.	Rechter Nasenflügel.	15. 7. 85.	Exstirpation. plastik.
				6. 8.	Nachoperation z besserung der
20.	Baldauf, Elise.	59.	Linke Schläfengegend.	17. 7. 85.	Excision.
21.	Hamann, Antonie.	64.	Linke Naso-Orbitalgegend.	5. 8. 85.	Excision. Pl
22.	Clement, Georg.	63.	Linker innerer Augenwinkel.	14. 8. 85.	Exstirpation.
23.	Manger, Adam.	70.	Nase.	13. 11. 85.	Exstirpation (kr Nasenscheidewar abgetragen).
24.	Goetz, Nicolaus, Schiffer.	66.	Linkes Ohr.	25. 11. 85.	Exstirpation. nungsschnitt.
25.	Diener, Andreas, Bauer.	73.	Rechtes Ohr.	22. 3. 80.	Exstirpati
26.	Gramlich, Johann.	78.	Rechte Schläfengegend.	28. 7. 81.	Exstirpati
27.	Huth, Gregor.	67.	Rechte Schläfengegend.	10. 11. 82	Excision und (Periost mit e
28.	Arnold, Johann, Tagelöhner.	52.	Rechte Schläfengegend.	29. 7. 86.	Exstirpati
29.	Schenk, Johann, Weber.	64.	Rechter Nasenflügel.	19. 8. 86.	Exstirpation.

Im Anschlusse an diese Tabellen mögen kurze Excerpte a den Krankengeschichten folgen; leider waren solche nur v 30 Fällen vorhanden.

Fall I, 2. M. S., 59 Jahre alt. Beginn der Erkrankung vor 6 Jah mit einem kleinen Knötchen vor dem Ohre. Im letzten Jahre rapides Wac thum. — An der linken Wangen- und Halsgegend eine Geschwulst von 12 13 Ctm. Grösse, welche sich über das Niveau der Haut 1—3 Ctm. erhe mit der Fascie verwachsen. Consistenz: lipomweich. Die Oberfläche best aus lauter Knötchen; sie secernirt überall Eiter. — Nirgends Drüsenschw lung. Allgemeinbefinden gut. — 13. 6. 84 Exstirpation. Die Neubild

Heilungsverlauf.	Entlassen.	Heilungsdauer.	Bemerkungen.
Geheilt.	13. 5. 85.	2 Jahre.	—
Geheilt.	4. 5. 85.	2 Jahre.	—
Geheilt.	9. 5. 85.	2 Jahre.	—
—	—	1½ Jahre.	Pat. starb an „Wassersucht“ Herbst 1883.
Geheilt.	?	—	
Geheilt.	28. 7.	1½ Jahre.	—
—	—	—	—
Geheilt.	12. 8. 85.	1½ Jahre.	—
Geheilt.	25. 7. 85.	1½ Jahre.	—
Geheilt.	18. 8. 85.	1½ Jahre.	—
Geheilt.	23. 8. 85.	1½ Jahre.	—
Geheilt.	7. 12. 85.	1½ Jahre.	—
Geheilt.	3. 12. 85.	1½ Jahre.	—
Geheilt.	30. 3. 80.	4 Monate.	Pat. starb an „Halsschwindsucht“ 5. 8. 80.
Geheilt.	21. 8. 82.	10 Monate.	Pat. starb an einer „fieberhaften Krankheit“ 26. 6. 82.
Geheilt.	2. 12. 82.	5 Monate.	Pat. starb an „Altersschwäche“ 9. 5. 83.
Geheilt.	7. 8. 86.	10 Monate.	—
Geheilt.	30. 8. 86.	8 Monate.	—

eichte nirgends tiefer, als bis auf die oberflächliche Halsfascie. Deckung des efectes mit einem grossen Hautlappen aus dem Rücken. — 16. 6. Die bere Hälfte des Lappens, welche gangränös ist, wird abgetragen. — 17. 6. at. klagt über heftige Schmerzen in der Hüfte, die nach dem Fusse ausrahlen; lässt Urin und Stuhl unter sich. Hohes Fieber. Tags darauf ebenlls Schmerzen in dem rechten Hand- und Ellenbogengelenke. — Acuter elenkrheumatismus. — Pat. stirbt in tiefem Coma.

Fall II. 11. S. R., 58 Jahre. Beginn der Erkrankung vor etwa Jahre mit einem Hirsekorngrossen Knötchen an der Nasenspitze. In der tzten Zeit rapides Wachsthum und Zerfall besonders der mittleren Partieen; itdem auch Schmerzen. Weder Heredität noch sonst ein ätiologisches Moment

nachweisbar. — Tumor von fast runder Gestalt, sitzt pilzförmig auf der etwa bis zum Ende der Nasenbeine erhaltenen Nasenstumpf auf und erstreckt sich auf die Oberlippe, beinahe bis an die Mundschleimhaut. Der ganze Tumor ist ulcerirt und in der Mitte trichterförmig vertieft. Oberhalb desselben zeigt dieselbe eine röthlich-blaue Infiltration. Die Ränder des Tumors sind ziemlich dick. Derselbe verbreitet einen furchtbaren Geruch. Keine Drüsenschwellung. Schmerzen. — 12. 5. 84. Zuerst Exstirpation des auf der Oberlippe sitzenden Tumortheiles, wobei auch die Schleimhaut der Oberlippe in der Mitte fortgenommen wird. Cheiloplastik (2 Lappen aus der Wangengegend). Excision des Nasentumors, wobei Theile des Septums und der unteren Proc. nasalis mit entfernt wurden. Rhinoplastik aus Stirn und Wange beiderseits. — Nicht fieberloser Verlauf. Es bildete sich an der linken Nasenseite ein kleiner, mit der Nasenhöhle communicirender Abscess. Zunahme der Eiterung, sowie des Geruches aus Mund und Nase. Kopfschmerzen. — 29. Geschwulst am vorderen Rande des harten Gaumens, nicht fluctuirend. Incision: kein Eiter, also Recidiv. Furchtbar stinkender Ausfluss aus der Nase, der sich zum Theil in den Mund entleert. Beständig Kopfschmerzen. — 17. 8. 84. Pat. ungeheilt entlassen. — 6. 9. 84 gestorben.

Fall II, 12. B. W., 31 Jahre. Beginn der Erkrankung vor 7—8 Monaten als kleines Knötchen in der Gegend des Tragus. Keine Heredität nachweisbar. — Eine flache Ulceration am rechten Ohre. Antitragus theilweise zerstört. Die Concha um den Meatus auditorius externus ebenfalls in ein oberflächliches Geschwür verwandelt. Geringe Eitersecretion. Umgebung entzündlich geröthet, hart und gewulstet. Der knorpelige Gehörgang zum grössten Theil afficirt, der knöcherne intact. Kein Ausfluss aus dem Ohre. Keine Schmerzen. Keine Drüsenschwellung. — 17. 5. 84. Exstirpation der Neubildung mit Entfernung des knorpeligen Gehörganges. — 3. 6. Pat. entlassen. Wunde äusserlich überall verheilt; innen aus dem Gehörgang noch etwas eiternd. — Keine vollständige Heilung. Nach einem halben Jahre Recidiv. Pat. unterzog sich keiner neuen Operation. Der Krebs dehnte sich fast über die ganze Kopfhälfte aus. „Gehirn angefressen“. — Tod 30. 11. 86.

Fall II, 13. E. K., 74 Jahre. Beginn der Erkrankung vor 8—9 Jahren als kleines Knötchen mitten auf der Stirn. Später Ulceration. Seit einem halben Jahre schnelleres Wachsthum und Schmerzen. Keine Heredität. Geschwulst mitten auf der Stirn etwa 10 Ctm. lang, 7 Ctm. breit, 2—3 Ctm. prominirend, ellipsenförmig. Nirgends Fluctuation. Die ganze Tumorfläche ist von unregelmässiger, knolliger Form; in der Mitte eine etwa Dreimarkstück grosse Ulceration, ziemlich reichlich Eiter secernirend. Die submaxillaren Lymphdrüsen zeigen rechts eine ganz geringe Anschwellung gegenüber der links. Die Geschwulst ist mit der unterliegenden Fascie und in der Mitte dem Knochen fest verwachsen. — 26. 11. 84. Excision und Abmeisselung des in der Mitte des Geschwüres erkrankten Knochens, wobei der Sinus frontalis in seiner ganzen Ausdehnung blossgelegt wird. Die hintere und Seiten-Wand des Sinus frontalis wird, obwohl anscheinend gesund, mit dem scharfen Löffel gereinigt. Deckung mit einem etwa 10 Ctm. langen und halb so breiten Lappen aus der Stirn. Dieser heilte primär ein. — 14. 2. 85. Pat. mit

ganz geschlossenem Defect entlassen. — Nach ungefähr 3 Monaten Recidiv n loco. Knoten, Ulceration, starke Eiterung mit stinkendem Geruch. Als sich Pat. am 19. 9. 85 abermals zur Operation stellte, musste sie als inoperabel remittirt werden. Tod 14 Tage darauf.

Fall II, 17. K. J., 65 Jahre. Beginn der Erkrankung vor 6 Jahren als leichte Excoriationen an der Stirn und zu gleicher Zeit an dem linken Tragus. Keine Schmerzen. Allgemeinbefinden gut. — Geschwürsfläche im vorderen unteren Theile der rechten Ohrmuschel. Ränder hart, infiltrirt, ziemlich steil gegen das Geschwür hin abfallend. Der Tragus, Antitragus und die vordere Hälfte des Ohrläppchens zerstört, ebenso der knorpelige Gehörgang. Ohrmuschel auf der Unterlage verschieblich. Keine Drüsenschwellung. Auf der rechten Stirnhälfte eine flache, mit Krusten bedeckte Excoriation, 2 Ctm. unterhalb der Haargrenze. 2 Ctm. nach aussen und oben vom äusseren Augenwinkel ein Linsengrosses, mit Kruste bedecktes Knötchen. Auf der linken Stirnhälfte in gleicher Höhe eine $^1/_2$—$1\,^1/_2$ Ctm. grosse Ulceration, von breitem, aufgeworfenem Rande umgeben. — 12. 9. 85 Excision des Carcinoma auriculi, Auskratzung des äusseren Gehörganges. Theilweise Deckung des Defectes mit einem Lappen aus der oberen Halsgegend. Ovaläre Excision der Stirncarcinome. — 18. 10. geheilt entlassen. Kurz darauf Recidiv am Ohre. Starke Eiterung. Kopfschmerzen. Tod $^1/_2$ Jahr darauf.

Fall IIa, 1. K. B., 58 Jahre. Pat. stiess sich vor 5 Jahren eine kleine Warze an der Stirn ab. Es bildete sich ein kleines Geschwür, das nicht heilen wollte, sich langsam vergrösserte. Letzten Winter bedeutend schnelleres Wachsthum. — An der Stirn, oberhalb und seitlich nach rechts von der Nasenwurzel ein flaches, etwa Fünfmarkstückgrosses, bis zur behaarten Kopfhaut reichendes Geschwür mit speckigem Grunde und zum Theil wallartig aufgeworfenen Rändern. Das Geschwür lässt sich auf seiner Unterlage nicht verschieben. Keine Drüsenschwellung. — 19. 5. 79 Exstirpation der Neubildung mit Trepanation eines etwa Markstückgrossen Knochenstückes, so dass die Dura mater blossliegt, welche durch 2 kleine, oberflächliche Schnitte verletzt ist. Deckung des Defectes durch 2 seitliche Lappen. Einlegung zweier Drainröhren. Pat. nach der Operation wohl; keine Kopfschmerzen, kein Erbrechen, kein Fieber. Die Wundränder verheilen überall p. pr. int. Reverdin'sche Transplantationen zur schnelleren Verheilung der Wundflächen. — 28. 6. 79 geheilt entlassen. — Pat. blieb local geheilt bis zu ihrem Tode. 31. 4. 82. Sie starb in Folge carcinomatöser Verengerung resp. vollständiger Verschliessung des Pylorus. Die ersten Beschwerden stellten sich ein Juni 1881, verschlimmerten sich von Monat zu Monat, so dass Pat. 1 Jahr später in sehr kachektischem Zustande zu Grunde ging.

Fall IIa, 2. J. W., 58 Jahre. Seit 5—6 Jahren bestand ein kleines Knötchen hinter dem rechten Ohre, welches sehr langsam wuchs. Seit Anfang dieses Jahres rapides Wachsthum und Ulceration auf der Oberfläche. In der letzten Zeit auch reissende Schmerzen. — Hinter und etwas unter dem rechten Ohre, sich bis an den Unterkieferwinkel nach vorn erstreckend, eine etwas über Hühnereigrosse Geschwulst. Dieselbe sitzt pilzförmig auf der sie umgebenden Haut auf. Oberfläche uneben, höckerig, exulcerirt. Die Ge-

schwulst lässt sich über dem Proc. mastoideus etwas, wenn auch wenig ver schieben. — 15. 3. 81 Exstirpation. Die Geschwulst reicht viel weiter i die Tiefe, als nach der Verschiebbarkeit zu schliessen war; besonders dring ein Zapfen sehr tief in den Raum hinter dem Unterkiefer ein und kann wege der reichlichen Blutung nur schwer entfernt werden (Vena jugularis extern unterbunden). Auch einige harte Lymphdrüsen werden entfernt. Ein kleine Theil der Wunde wird vernäht. — 11. 4. 81. Pat. mit gut granulirende Wunde entlassen. Vollständige Heilung. Kein locales Recidiv. Pat. erkrankt $^1/_2$ Jahr nach der Operation und starb nach des damaligen Arztes Aussag „in Folge eines ähnlichen Gewächses im Leibe“ am 16. 5. 82.

Fall IIa, 3. J. S., 76 Jahre. Beginn der Erkrankung vor 20 Jahre aus einem Wärzchen der rechten Wangenseite, welches sehr langsam ulcerirt Schmerzen traten erst ein, als die Mundschleimhaut perforirt wurde. — Ur regelmässig viereckiger Substanzverlust der rechten Wangengegend, circ 4—5 Ctm. lang und 3—4 Ctm. hoch. In der Tiefe des Defectes eine läng liche Perforation der Mundschleimhaut von $1^1/_2$ Ctm. Länge. Geschwür inni mit der Mitte des horizontalen Unterkieferastes verwachsen. Hinten hat da selbe auf den Masseter übergegriffen. Unmöglichkeit den Mund zu öffn (Kieferklemme). Pat. schiebt sich die Speisen durch eine grosse Zahnlück in der linken Mundhälfte. Schleimhaut 1 Ctm. um die Perforationsstel mässig derb infiltrirt. Keine Drüsenschwellungen. — 3. 10. 85 Exstirpatio Resection eines 4—5 Ctm. grossen Stückes aus dem Alveolarrande des Unte kiefers, wobei der Unterkiefer fracturirt. Knochennaht. Der vordere Th des Masseter wird entfernt. Der colossale Defect wird durch einen etwa 8 Ct langen und 6 Ctm. breiten Hautlappen aus der rechten und vorderen Ha seite gedeckt. Ein Theil der Gland. submaxill. wird als verdächtig exstirpi — 23. 11. 85. Fractur noch nicht geheilt. Pat. kann gut kauen. Wun am Halse noch Zweimarkstückgross. Allgemeinbefinden gut. Pat. entlass — Die Wunde verheilte vollständig. Nach einem halben Jahre traten allmä Deglutitionsbeschwerden ein, die sich schnell steigerten. Pat. konnte schlie lich selbst keine Flüssigkeiten mehr herunterschlucken (Oesophaguscarcinom Er starb an Inanition 6. 1. 87.

Fall III, 2. C. M., 66 Jahre. Beginn der Affection vor einem halb Jahre mit einem Linsengrossen Knötchen links neben der Nase, etwa 1 C nach oben und aussen von der Nasolabialfalte, welches sehr bald ulcerirte. Ein Bruder seines Vaters soll an einem Wangenkrebs gestorben sein. — schwür am linken unteren Augenlide, das sich nach rechts bis zum Nas rücken, nach links bis in die Gegend unterhalb des Proc. zygomaticus streckt. Starke Eitersecretion. Keine Drüsenschwellung. — 19. 5. Exstirpation. Abmeisselung des Infraorbitalrandes. Enucleatio bulbi. Deck der Orbita und der linken Nasenhälfte mit 2 Lappen aus Wange und Stirn 18. 7. 83 Pat. vollständig geheilt entlassen. — Pat. bemerkte kein Rec bis zum August 1885. Knoten an der Stelle, wo die erste Geschwulst getreten. Seit October 1885 auch eine Geschwulst im Munde. Hef Schmerzen, weshalb Pat. am 30. 11. 86 wieder in's Spital eintritt. Un halb des Infraorbitalrandes befindet sich links eine 2 Ctm. im Durchme

haltende, dunkelblaurothe, deutlich fluctuirende, auf Druck Eiter entleerende Geschwulst, welche $^1/_2$ Ctm. prominirt. Alveolarfortsatz des Oberkiefers verdickt. Die Geschwulst im Munde erstreckt sich bis in die Mittellinie, ist überall von intacter Schleimhaut bedeckt, mit Ausnahme einer Stelle am Tuber maxill. sinist., wo aus einem 2 Ctm. grossen Substanzverlust Eiter abgesondert wird. Am Innenrande des Unterkiefers fühlt man je eine geschwollene, harte, nicht schmerzhafte Lymphdrüse von etwa Haselnussgrösse. — Pat. wurde als inoperabel remittirt; er lebt noch.

Fall III, 3. B. G., 53 Jahre. Beginn der Affection vor einem halben Jahre als kleines Knötchen. Keine Schmerzen. — Ueber dem linken Nasenrücken vom inneren Lidwinkel bis zur knöchernen Grenze der Nase sich ausbreitende, Markstückgrosse Geschwulst mit überwallenden Rändern, ganz oberflächlich sitzend, von harter Beschaffenheit, drüsiger Oberfläche. Keine Drüsenschwellung. Die Augenlider der linken Seite etwas ödematös. — 16. 12. 83 Exstirpation. Deckung des Defectes durch einen Lappen aus der linken Stirnhälfte. — 30. 1. 84 Pat. geheilt entlassen. — 21. 3. 84. Pat. zeigt ein Recidiv. Seit 14 Tagen Röthung und Schwellung an der operirten Stelle. Seit 8 Tagen besteht der Tumor, welcher die linke Orbita pilzförmig bedeckt, an der Oberfläche ulcerirt und mit Eiter bedeckt ist; ca. 3—4 Ctm. im Durchmesser, fast kreisrund, breitbasig aufsitzend. Die linke Nasenhälfte ist ebenfalls von Tumormassen eingenommen. Geschwür riecht stark. Consistenz ziemlich weich, entleert auf Druck durch eine Fistel Eiter. Drüsen in der Umgebung nicht fühlbar. — 26. 3. 84 Exstirpation. Das ganze untere Lid mit der Schleimhaut wird fortgenommen, ein Theil des linken Nasenbeines und der untere knöcherne Orbitalrand abgemeisselt, so dass die Highmorshöhle offen liegt. Rhino-Meloplastik (Lappen aus der Wangen- und Schläfengegend). — 28. 4. geheilt entlassen. — 5. 6. 84. Recidiv am Canthus internus, etwa Haselnussgross auf der Conjunct. bulbi aufsitzend. Sehvermögen erhalten. Exstirpation. Abmeisselung des Ansatzpunktes. Der Tumor ging aus von der Stelle, wo das linke Nasenbein mit dem Supraorbitalrande zusammenstösst. — 13. 6. 84. Pat. geheilt entlassen. — Nach einem halben Jahre neues Recidiv. Knoten unter dem linken Auge. Ulceration. Eiterung. Pat. lebt noch in kachektischem Zustande. Inoperabel.

Fall III, 4. A. B., 66 Jahre. Vor circa einem Jahre bemerkte Pat. ein Knötchen an der Spitze des rechten Ohres, welches bald ulcerirte, sich ausbreitete und von einem Arzt excidirt wurde. Die Wunde heilte gut. Vor circa 2 Monaten an der alten Stelle wieder ein Knötchen, welches ebenfalls schnell ulcerirte und allmälig weiterfrass. — Geschwür mit verdickten, knorpelig harten Rändern am oberen Ohrrande, 1 Ctm. lang, $^1/_2$ Ctm. breit. Keine Drüsenschwellung. — 20. 5. 86. Excision mit der Scheere. Naht. Pat. geheilt entlassen 22. 5. 86. — Die Wunde heilte gut. Anfang October „stellten sich wieder Drüsen und Geschwulst ein“. Pat. wurde auswärts operirt. Jedoch schon im December traten hinter dem Ohre wieder „mehrere Geschwüre und Knollen“ auf. Noch nicht wieder operirt. Pat. hat „viele Schmerzen. Frost und kann das Zimmer nicht verlassen“.

Fall IIIa, 1. E. W., 62 Jahre. Beginn der Affection vor 9—10 Jahren Nach einem Trauma entstand eine kleine Pustel, welche sich dann mit eine Kruste bedeckte. Geringe Eiterung. Der Schorf erneuerte sich immer wieder Die kleine Geschwürsfläche begann vor 4 Jahren langsam, seit einem Jahr stärker zu wachsen. — Zwischen innerem linken Augenwinkel und Nasen rücken ein unregelmässig flaches, oberflächliches Geschwür mit geringer Eiterbelag, verschieblich über dem Knochen; die Ränder nicht verdickt. Kein Drüsenschwellung. Conjunctiva bulbi und die Thränenkarunkel frei. — 1C 7. 84 Excision. Plastischer Ersatz aus der Haut der rechten Nasenseite. — 30. 7. Pat. geheilt entlassen. — 2 Jahre später trat ein ähnliches Geschwü am oberen und unteren Rande des transplantirten Lappens auf. Im März 188 wurde dasselbe von dem dortigen Arzte mit dem Glüheisen ausgebrannt. D Wunde ist geheilt.

Fall IV, 8. K. T., 69 Jahre. Vor einem halben Jahre entwickelt sich über dem linken Auge ein aus einem kleinen Knötchen hervorgehende Geschwür, das sich langsam vergrösserte. — Neubildung vom unteren Rand der linken Augenbraue sich 5 Ctm. nach oben erstreckend, annähernd vie eckig, mit bläulich verfärbtem. wallartig aufgeworfenem Rande. Umgebur 1 Ctm. weit infiltrirt. Oberfläche in der Mitte geschwürig zerfallen. Geschwi nicht verschieblich über dem Knochen. Keine Drüsenschwellung. — 28. 4. 8 Excision. Die Neubildung ist zwar mit dem Periost, nicht aber mit de Knochen verwachsen. Nur am inneren Augenwinkel wurde eine Knochen lamelle abgemeisselt. — 9. 7. Mit einer kleinen, gut granulirenden Wun fläche entlassen. Weitere Nachrichten fehlen.

Fall V, 2. N. R., 74 Jahre. Vor 3 Jahren bildete sich eine klein Erosion an der Stelle, wo die Brille an der linken Nasenseite drückte. Pa führt die weitere Verbreitung der zuerst ganz kleinen Geschwürsfläche zurü auf Vergiftung durch Grünspan (Brille mit Messingeinfassung). — Ein üb Dreimarkstückgrosser, granulirender Substanzverlust in der linken Nasoorbita gegend. Das untere Lid ist vollständig zerstört, die Conjunctiva bulbi m ziemlich starken Excrescenzen liegt in weiter Ausdehnung bloss; das obe Lid ist in seiner medialen Hälfte ebenfalls zerstört. Nach abwärts reicht d Geschwür etwa 2 Querfinger breit über den Margo infraorbitalis. Es ist d Unterlage fest adhärent, zeigt eine unregelmässige, zerklüftete Oberfläch Die regionären Lymphdrüsen nicht geschwollen. Cornea stark getrübt. Se vermögen geschwächt. — 22. 6. 78 Exstirpation. Resection des Mar supra- und infraorbitalis. Enucleatio bulbi. Deckung des Defectes dur einen oberen Lappen aus der Stirn und einen seitlichen aus der Wangenha — 14. 7. Pat. tritt aus. Die Lappen sind überall gut eingeheilt, nur h steht noch eine Fistel an der Spitze des Wangenlappens. Gute Granulatione — Vollständige Heilung. Indessen besteht heute noch eine kleine Fistel derselben Stelle, aus der sich zeitweise eine eiterige Flüssigkeit entleert. V Recidiv ist nichts nachzuweisen. Pat., 84 Jahre alt, ist noch wohl und rüst

Fall V. 4. B. S., 64 Jahre. Beginn der Erkrankung vor $^5/_4$ Jahr mit einem Knötchen im unteren Augenlide, das vor 4 Monaten ulcerirte. D Vater des Pat. starb mit 68 Jahren, nachdem er $^1/_2$ Jahr vor seinem To

wegen eines Wangencarcinoms operirt worden war. — Das untere Augenlid, sowie die äussere und innere Commissur sind in eine zerklüftete Geschwürsfläche verwandelt. Dieselbe ist zum Theil mit Krusten bedeckt, zum Theil secernirt sie schmutzigen Eiter. Die Conjunct. bulbi im Stadium der leichten Entzündung. Cornea frei. Sehkraft nicht herabgesetzt. — 13. 1. 79 Exstirpation des Lides mitsammt der Conjunct. palpebr. Deckung des Defectes mit einem Lappen aus der hinteren äusseren Wangengegend und einen kleinen Lappen aus der Seitenwand der Nase. — 10. 2. Nachoperation zur Verbesserung der Form. Das obere Lid, welches mit dem Wundrande an der Nase verwachsen ist, wird abgelöst. Zur Hebung des unteren Lides wird aus der Wange ein dreieckiger Lappen lospräparirt und mit der Spitze im inneren Augenwinkel vernäht. — 4. 3. 79 Pat. fast geheilt entlassen. — Es trat vollständige Heilung ein. Pat. starb ohne Recidiv 18. 4. 84 „an Wassersucht“.

Fall V, 4. M. E., 44 Jahre. Vor 13 Jahren Verletzung der rechten Wange mit einem spitzen Strohhalm. Die sich bildende Kruste wurde immer wieder abgekratzt. Das Geschwür nahm allmälig einen malignen Charakter an. — Auf der rechten Wange ein 2 Fingernägel grosser Theil offener Geschwürsfläche mit unterminirten Rändern, an dem medialen Theil mit Borken bedeckt. Geschwür leicht verschieblich, wenig schmerzhaft. — 26. 4. 80 Excision. Wangenschleimhaut bleibt erhalten. Plastik (Bogenschnitt gegen die Ohrgegend hin). — 1. 5. 80 geheilt entlassen. Pat. lebt ohne Recidiv.

Fall V, 12. J. K., 48 Jahre. Beginn der Erkrankung vor $2^1/_2$ Jahren am linken unteren Augenlidrande. Pat. führt sie auf ein Trauma zurück. Die Wunde wurde häufig aufgekratzt und heilte nicht. Nach und nach entstand daraus dieses Geschwür. — Auf der linken Wange, $^1/_2$ Ctm. unter den Cilien, ein unregelmässiges, 1 Ctm. im Durchmesser haltendes Geschwür, mit gewulsteten, harten Rändern, im Innern zerfallen und vertieft, auf dem unterliegenden Knochen gut verschieblich. Keine Drüsenschwellung. — 10. 1. 85 Excision. Periost in der Mitte freigelegt. Conjunctiva geschont. Deckung mit einem Lappen aus der Schläfengegend. — 23. 1. 85 Pat. geheilt entlassen; lebt bis heute ohne Recidiv.

Fall V, 13. J. W., 58 Jahre. Die Entstehung der Affection wird auf ein Trauma vor 15 Jahren zurückgeführt. Erst vor 3 Jahren bemerkte Pat. in der Narbe die Entwickelung eines Knötchens, welches ulcerirte und sich langsam vergrösserte. — Grosser Substanzverlust in der linken Schläfengegend, welcher sich fast vom Canthus externus bis hinter das Ohr erstreckt, $9^1/_2$ Ctm. lang, 6—7 Ctm. breit. Der vordere Rand des Ohres ist mit in's Geschwür hineingezogen; der äussere knorpelige Gehörgang ist in der Nähe des Tragus etwas afficirt; auch die Haut hinter dem Ohre geschwürig zerfallen. Ränder sehr derb, etwas gewulstet. Der Knochen scheint nirgends mitbetheiligt zu sein. Keine Drüsenschwellung. — 18. 3. 85 Exstirpation. Deckung des Defectes mit einem aus Stirn- und Kopfhaut genommenen Lappen. — 17. 4. Lappen überall p. pr. int. eingeheilt. Pat. mit gut granulirender Wunde entlassen. Geringe Facialislähmung. — Pat. bis heute ohne Recidiv.

Fall V, 14. G. K., 60 Jahre. Vor 18 Jahren Schnitt mit dem Rasirmesser in eine kleine Warze der linken Wangengegend. Die kleine Wunde wollte nicht heilen. In letzter Zeit schnellerer Zerfall des Geschwüres. — Ziemlich rundes, 6 Ctm. im Durchschnitt haltendes Geschwür der linken Wangenhaut, ziemlich reichlich Eiter secernirend, mit harten, verdickten, callösen Rändern; mit dem Jochbein verwachsen. Perforation in die Mundhöhle. In dieser, gegenüber dem linken oberen ersten Molarzahne, eine kleine, derbe Granulationsgeschwulst. Keine Drüsenschwellung. — 27. 4. 85 Exstirpation. Abmeisselung einer viereckigen Knochenlamelle vom Jochbeine, wo der Tumor mit dem Periost verwachsen war. Deckung des sehr grossen Defectes mit einem Lappen aus der linken Stirnhälfte, welcher 10 Ctm. breit war und bis zur Medianlinie reichte. — 13. 5. Lappen p. pr. int. eingeheilt. Mit gut granulirender Wundfläche entlassen. — Vollständige Heilung. Kein Recidiv.

Fall V, 15. M. K., 75 Jahre. Entstehung der Erkrankung vor 6 bis 7 Jahren aus einem kleinen Knötchen. In den letzten 2 Jahren schnellerer Wachsthum. — Geschwür an der linken Stirnhälfte über dem Supraorbitalrande, 4 Ctm. breit, $4^1/_2$ Ctm. hoch, von unregelmässig viereckiger Gestalt. Ränder etwas gewulstet, ziemlich derb. Umliegende Haut geröthet. Geschwulst nicht mit dem Knochen verwachsen. Die regionären Lymphdrüsen nicht geschwollen. — 28. 4. 85 Exstirpation. Keine Plastik. — 4. 5. Pat. mit gut granulirender Wunde entlassen. — Die Eiterung dauerte noch einen Monat lang. Vollständige Heilung. Kein Recidiv.

Fall V, 16. A. S., 54 Jahre. Beginn der Affection vor ca. 6 Jahren. Seit einem halben Jahre schnelleres Wachsthum und Beginn der Ulceration, bedingt, wie Pat. angiebt, durch vieles Ziehen und Kratzen an der Geschwulst. — Wallnussgrosse, ziemlich tief ulcerirte, reichlich Eiter secernirende, gestielt auf dem linken Nasenflügel aufsitzende, elastisch weiche Geschwulst. Der Stiel ist ziemlich dünn. Umgebung etwas geröthet und entzündlich infiltrirt. Die Geschwulst selbst unregelmässig kugelförmig, an der Oberfläche höckerig. Keine Drüsenschwellung. — 8. 5. 85 Abtragen der Geschwulst mit dem Paquelin. — Vollständige Heilung. Bis heute kein Recidiv.

Fall V, 17. A. L., 60 Jahre. Vor ungefähr einem Jahre bildete sich auf der Mitte der Stirn ein kleines hartes Knötchen, das allmälig grösser wurde und auf der Höhe ulcerirte. — Dicht über der Glabella eine Fünfmarkstückgrosse Geschwulst, ca. 5 Ctm. über die umgebende Haut erhaben, mit wallförmig aufgeworfenem, mässig hartem Rande. Oberfläche theils mit Eiter und Schmutz, theils mit Krusten bedeckt, uneben und vielfach gebuchtet, verbreitet einen penetranten Geruch. Geschwür mit der Unterlage fest verwachsen. — 21. 3. 82 Exstirpation. Resection eines circa Zweimarkstückgrossen Stückes aus dem Stirnbeine. Zur Deckung des Defectes werden zwei seitliche Lappen lospräparirt, über den Defect gezogen und vernäht. Verheilung der Wundränder p. pr. int. — 19. 5. Reverdin'sche Transplantationen auf die Wundflächen. — Vollständige Heilung. Pat. starb Herbst 188[illegible] ohne jede Spur eines localen Recidivs an „Wassersucht".

Fall V, 18. P. H., 48 Jahre. Beginn der Affection vor 2 Jahren. Langsames Wachsthum. — An dem rechten unteren Augenlide eine etwa $3^1/_2$ Ctm. lange und $2^1/_2$ Ctm. breite, knorpelharte Geschwulst, die an einer nasal gelegenen Stelle ulcerirt ist. Ueber dem Knochen leicht verschieblich. Ectropium des unteren Augenlides. Conjunctiva des linken Auges ein wenig injicirt. Keine Drüsenschwellung. Carunkel und Plica semilunaris etwas verdickt, in der Consistenz aber nicht verändert. — 10. 7. 85 Excision und plastischer Ersatz nach Dieffenbach. Reactionsloser Wundverlauf. — 28. 7. Fast geheilt entlassen. — Vollständige Heilung. Bis heute kein Recidiv. Conjunctiva bulbi zeitweise stark geröthet. Zeitweises Jucken und Thränen des Auges. Sehkraft geschwächt.

Fall V, 19. C. R., 48 Jahre. Vor 8 Jahren wurde Pat. von ihrem Kinde am rechten Nasenflügel gekratzt. Die sich bildende Kruste wurde häufig entfernt. Der Defect erreichte nach einem 6jährigen Zeitraume die Grösse eines Daumennagels. In den beiden folgenden Jahren rapides Wachsthum. — Der rechte Nasenflügel geschwunden. Der Rand des ovalären Defectes verläuft vom rechten äusseren Nasenlochwinkel ein wenig über die Nasolabialfalte auf die Wange, geht dann 1 Ctm. unterhalb des Nasenbeines quer über den Rücken, beschreibt einen kleinen Bogen auf dem linken Nasenflügel, um an der Spitze der Nase mit einer derben Infiltration zu enden. Keine Drüsenschwellung. — 15. 7. 85 Exstirpation. Rhinoplastik nach Dieffenbach (Lappen von der anderen Nasenseite her). — 6. 8. Nachoperation zur Verbesserung der Form. — 12. 8. Pat. fast geheilt entlassen. — Vollständige Heilung. Bis heute kein Recidiv.

Fall V, 20. E. B., 59 Jahre. Pat. hatte schon als Kind eine Fünfpfennigstückgrosse Warze an der linken Schläfengegend. Vor 15 Jahren sprang dieselbe auf und nässte. Es entstand ein kleines Geschwür, welches zeitweise sehr schmerzte, allmälig grösser wurde. — Zwischen äusserem Augenwinkel und Tragus in der Mitte ein Markstückgrosses, trichterförmig vertieftes Geschwür mit aufgeworfenem Rande. Keine Drüsenschwellung. — 17. 7. 85 Excision. Vereinigung des oberen und unteren Wundwinkels. — 24. 7. Pat. mit einer kleinen granulirenden Wunde entlassen. — Wunde nach 3 Wochen vollständig geheilt. Bis heute kein Recidiv.

Fall V, 22. G. C., 63 Jahre. Vor $^1/_2$—$^3/_4$ Jahre bemerkte Pat. am inneren linken Augenwinkel ein Knötchen, welches bald zu ulceriren begann, sich langsam und schmerzlos vergrösserte. — Flaches, unregelmässig viereckiges Geschwür von $1^1/_2$—2 Ctm. Durchmesser in der Gegend zwischen linker Nasenwurzel und Conjunctiva palpebrarum. Geschwürsgrund mit Granulationen spärlich besetzt, sondert dickes Secret ab. Die Ränder etwas erhaben. derb. Conjunctiva bulbi frei. Mässiges Thränenträufeln, Conjunctivalkatarrh. Geschwür auf der Unterlage verschieblich. Keine Drüsenschwellung. — 14. 8. 85 Exstirpation. Deckung des Defectes mit einem Lappen aus der Stirn. — 23. 8. Pat. mit gut verheilten Wundrändern entlassen. — Vollständige Heilung. Bis heute kein Recidiv.

Fall V, 23. A. M., 70 Jahre. Beginn der Affection vor 4—5 Jahren als Knötchen auf dem Nasenrücken. Schnelleres Wachsthum seit Herbst 1885.

Geschwür von unregelmässig viereckiger Gestalt, mit aufgeworfenen Rändern 3 Ctm. breit, 2 Ctm. hoch, nimmt den Nasenrücken und die Nasenflächen zum Theil auch die Nasenflügel (besonders links) ein, hängt mit der knorpeligen Nasenscheidewand zusammen. Keine Perforation in's Naseninnere. 2 Lymphdrüsen der linken Seite geschwollen, eine Haselnussgross in der Nähe der Submaxillaris, die andere Erbsengross nach vorn von derselben. — 13. 11. 85 Exstirpation der Geschwulst sammt Nasenschleimhaut und Septum. Rhinoplastik (2 seitliche Lappen mit oberen Stielen aus Nase und theilweise Wange). — 7. 12. 85 Pat. geheilt entlassen. — Vollständige Heilung. Bis heute kein Recidiv.

Fall V, 24. N. G., 66 Jahre. Beginn der Affection vor 3 Jahren als Knötchen am linken Tragus. Seit einem halben Jahre Ulceration und schnelleres Wachsthum. — Flaches Geschwür in der Gegend des linken Tragus von 1 Ctm. Durchmesser, mit unregelmässig gewulsteten Rändern, auf der Unterlage verschieblich. Gehörvermögen normal. Keine Drüsenschwellung. — 25. 11. 85 Exstirpation. Entspannungsschnitt. Naht. — 3. 12. Pat. fast geheilt entlassen. — Vollständige Heilung. Bis heute kein Recidiv.

Fall V, 28. J. A., 52 Jahre. Beginn der Affection vor $2^1/_2$ Jahren mit einer Borke von Hirsekorngrösse, die abfiel und sich immer wieder erneuerte. Es entstand ein kleines Geschwür, welches Eiter secernirte und sich langsam ausdehnte. — Viereckiges Geschwür der rechten Temporalgegend mit unterminirten Rändern, deren unterer dem oberen Rande des Jochbogens parallel läuft und 3 Ctm. vom Tragus beginnt. Längsdurchmesser 5, Querdurchmesser $2^1/_2$ Ctm. Ränder knorpelhart; nach dem Ohre hin ist die Haut blasenförmig emporgehoben, dunkelroth verfärbt; auf Druck entleert sich ein hämorrhagisch-purulentes Secret. Geschwür auf der Unterlage gut verschieblich. An der rechten Parotisgegend, gerade vor dem Tragus ein kleines Knötchen in der Haut, oberhalb der Fascia parotideo-masseterica. Lymphdrüse von knorpeliger Härte. Sonstige Metastasen fehlen. — 29. 7. 86 Exstirpation. Deckung des ziemlich grossen Defectes (8—5 Ctm.) durch Unterminiren der Ränder mit der Scheere und Verschiebung der benachbarten Haut. Heilung p. pr. int. — 7. 8. 86 Pat. geheilt entlassen. — Bis heute ohne Recidiv.

Fall V, 29. J. S., 64 Jahre. Eine Warze wurde öfter aufgekratzt. Seit 7 Jahren begann dieselbe stärker zu wachsen. Es entstand ein kleines Geschwür. Die ulcerirte Fläche vernarbte an einzelnen Stellen, brach aber immer wieder auf. — Auf dem rechten Nasenflügel eine etwa Markstückgrosse Geschwulst, prominirend, auf der Oberfläche ulcerirt, von exquisit papillärem Bau, nicht schmerzhaft auf Druck, knorpelhart, auf der Unterlage etwas verschieblich. Schleimhaut der Nase intact. Keine Drüsenschwellung. — 18. 8. 86 Exstirpation. Knorpel zeigte sich intact, wurde deshalb nicht mitentfernt. Plastischer Ersatz aus der Haut derselben Nasenseite. — 30. 8. Pat. mit vollkommen eingeheiltem Lappen entlassen. Gute Granulationen auf der Wundfläche. — Vollständige Heilung. Bis heute kein Recidiv.

Die tabellarische Uebersicht unserer 72 Fälle von Gesichtskrebs zeigt bezüglich der Endresultate folgendes summarische Ergebniss:

1.	Es starben bald nach der Operation . . .	3 Kranke.
2.	„ „ an localem Recidiv	17 „
3.	„ „ an Carcinom innerer Organe .	3 „
4.	„ leben mit localem Recidiv	7 „
5.	„ „ resp. starben ohne Recidiv . . .	31 „
6.	Keine späteren Nachrichten liegen vor von	11 Kranken.
		72.

Bevor wir nun auf die Betrachtung dieser Fälle und die Kritik des Werthes vorstehender Zahlen für die Feststellung der durch unsere heutige Therapie erzielten Endresultate der Gesichtscarcinome eingehen, ist es nöthig, um in den verschiedenen Fällen die verschiedenen Ausgänge und die verschiedenen Resultate gegenüber anderen Carcinomen verstehen und würdigen zu können, die in Rede stehenden Gesichtskrebse einer kurzen Besprechung zu unterziehen.

Zugleich sei es gestattet, die Zahl dieser beobachteten Fälle dazu zu benutzen, einen kleinen statistischen Beitrag zu liefern zur Beantwortung einiger Fragen, welche zwar nicht direct prognostische Bedeutung, wohl aber eine für das Krankheitsbild des Gesichtskrebses allgemeine Wichtigkeit haben; ich meine die Fragen in Bezug auf Häufigkeit des Vorkommens, genauere Localisation, eventuelle Heredität, Alters-, Geschlechts- und Standesdisposition.

An der Haut des Gesichtes können wir nach Thiersch, der zuerst die epitheliale Natur der Neubildung und die unmittelbaren Beziehungen der neugebildeten Epithelien zu den normalen Epithelzellen klar erwiesen hat, zwei in der Art ihres Auftretens wie auch im klinischen Verlaufe recht verschiedene Formen des Carcinoms unterscheiden, die flache und die tiefgreifende.

Wenn wir diese Carcinome nach ihrer Prognose beurtheilen wollen, so ist gerade diese Eintheilung von entscheidender Bedeutung. Die Lippenkrebse, welche, wie oben gesagt, durchgehends eine weit grössere Malignität besitzen, als die übrigen Gesichtskrebse, verdanken dieselbe vorzüglich dem Umstande, dass sie vorwiegend der tiefgreifenden Form angehören. Diese ist an Nase, Wange, Augenlid, Schläfe, Stirn weit seltener. Hier finden wir am häufigsten die gutartigste, die flache Form der Krebsbildung. Dieselbe kann unter Umständen viele Jahre lang bestehen, ohne

das Leben des Individuums direct zu gefährden oder nennenswerth zu schädigen. Aus diesem Grunde hat man dieses Geschwür lange Zeit nicht unter dem ominösen Namen eines Carcinoms gelten lassen, sondern ihm als „Ulcus rodens“ eine gewisse Selbständigkeit verliehen und als einen besonderen chronisch-entzündlichen Process alter Leute oder als einen Lupus senilis betrachtet. Erst wenn ein solches Geschwür nach der Operation recidivirte, hielt man es für Krebs. Seitdem an dem alten Dogma der Unheilbarkeit des Carcinoms bereits vor einer Reihe von Jahren stark gerüttelt worden ist, und seitdem durch Mikroskop und genauere klinische Beobachtung bestimmte, für Krebs charakteristische Merkmale gewonnen sind, kann es heute kaum mehr einem Zweifel unterliegen, dass auch dieses sogenannte Cancroid stets eine echt carcinomatöse Neubildung darstellt. Diese flache Form des Gesichtskrebses zeichnet sich vor Allem durch die ausgesprochene Tendenz aus, sich mehr in der Fläche, als in der Tiefe auszubreiten. Sie zeigt sich im Anfang lange Zeit fast nur als flaches Geschwür mit flachen oder wenig verdickten Rändern, dessen nächste Umgebung nach Form, Farbe und Resistenz kaum Anomalien darbietet. Sie bildet immer nur eine oberflächlich liegende Schicht epitheliale Neubildung, welche auf dem senkrechten Durchschnitte sich mit einer ziemlich ebenen Contour gegen das Stroma der Umgebung absetzt.

Der tiefgreifende Epithelialkrebs hingegen lässt eine solche scharfe Abgrenzung nicht wahrnehmen, seine epithelialen Massen breiten sich in beträchtlicher Tiefe in Form unregelmässiger Anhäufung aus. Die aus diesen Neubildungen hervorgehenden Geschwüre zeigen bald die Tendenz, kraterförmig in die Tiefe zu zerfallen, bald fungusartig emporzuwuchern. In der Nachbarschaft entstehen neue dicke Knoten, die ziemlich rasch aufbrechen und mit dem Muttergeschwüre nach Unterminirung der dazwischen liegenden Hautborken sich in Verbindung setzen. Aus dem käsigen, stark secernirenden, oft scheusslich stinkenden Grunde lassen sich dicke, schalige, käsige Epithelmassen ausdrücken. Binnen kurzer Zeit werden nicht nur Haut und Weichtheile, sondern auch Knochen zerstört, die regionären Lymphdrüsen werden befallen und in einzelnen, allerdings wenigen Fällen kommt es zu Metastasen in inneren Organen.

Viel langsamer ist der Wachsthums- und Destructionsprocess des flachen Gesichtskrebses, der nicht in Knotenform, sondern continuirlich vom Rande aus fortschreitet. Infection der Lymphdrüsen ist sehr selten. Metastasen in inneren Organen sind noch nicht nachgewiesen worden. Die Zerstörung im Gesichte kann eine colossale Ausdehnung gewinnen, bevor überhaupt die Patienten darunter zu leiden beginnen. Der Grund eines solchen Geschwüres ist häufig ganz flach, zuweilen körnig, oft papillär, derb und fester als beim tiefgreifenden. Je flacher und trockener der Grund erscheint, desto gutartiger ist der Krebs. Mitunter kommt es bei diesen sehr flachen Hautcarcinomen in den Rändern, ja selbst in den Geschwürsflächen zu oberflächlicher Vernarbung, während in der Tiefe der Krebs fortschreitet. Durch diese narbige Schrumpfung wird die Haut der Umgebung oft in Falten herangezogen, so dass die Geschwürsfläche sehr viel kleiner erscheint, als sie in der That ist und als sie sich nach der Exstirpation durch die Grösse des Defectes zeigt. Diese narbig-atrophirenden Gesichtskrebse sind indessen nicht sehr häufig.

Man darf sich durch den Namen des flachen Hautkrebses nicht zu der Anschauung verleiten lassen, dass die Neubildung immer nur in der Haut weiterwandere. Nach einiger Zeit greift sie auch in die tiefliegenden Theile über. Besonders häufig sieht man nach localen Reizungen, wie sie oft durch ungenügende Aetzungen gegeben sind, diese relativ gutartige flache Form einen weit malignereren Charakter annehmen. Auf der Stirn wird oft der Schädel und selbst die Dura mater mitergriffen. An der Nase und den Augenlidern wird die Wand der Stirnhöhlen, der Siebbeinhöhle, der Orbita durchbrochen, von der Ohrgegend aus kann das ganze Felsenbein durchwachsen und, wie in einigen Fällen beobachtet wurde, das Gehirn „angefressen“ werden.

Was nun die genauere Localisation der Gesichtskrebse angeht, so fällt, da wir die Lippenkrebse von unserer Betrachtung ausgeschlossen haben, damit der häufigste Sitz des Hautcarcinoms überhaupt, seine Prädilectionsstelle an der Unterlippe. Von 1111 aus verschiedenen Statistiken zusammengestellten Fällen von Gesichtscarcinom entfallen 609 allein auf die Lippen, 502 vertheilen sich auf die übrigen Regionen. Diese sind nun in sehr verschiedener Weise dabei betheiligt. Nach den Statistiken von Thiersch,

Billroth, Weber, von Bergmann, von Winiwarter und Trendelenburg gestaltet sich die Häufigkeitsskala folgendermaassen:

	Thiersch.	Billroth.	Weber.	von Bergmann.	von Winiwarter.	Trendelenburg.	Summa.
Nase	6	11	13	16	30	81	157
Wange . . .	6	} 6	13	} 22	24	57	} 143
Kinn	2		—		2	11	
Augenlider .	3	4	12	23	36	43	121
Stirn	3	} 8	} 6	5	9	22	} 81
Schläfe . . .	6			4	6	12	
Ohr	1	—	—	4	7	16	28

Wenn sich auch in der Reihenfolge der einzelnen Regionen geordnet nach der Erkrankungshäufigkeit, bei den verschiedenen Autoren nicht geringe Differenzen ergeben, so springt doch aus der Gesammtzahl das bedeutende Ueberwiegen der Carcinome der Nase, Wange und Augenlider über die der Stirn, Schläfen- und Ohrgegend gleich in die Augen (421 : 109). Ein ähnliches Bild giebt uns eine Tabelle, welche folgendes Häufigkeitsverhältniss der Erkrankung der einzelnen Regionen aufweist:

	Männer.	Frauen.	Summe.
Nase	10	9	19
Wange	14	5	19
Augenlid . . .	9	1	10
Schläfe	7	3	10
Stirn	2	5	7
Ohr	3	2	5
Kinn	1	—	1
Unbekannt . .	1	—	1
	47	25	72

In den einzelnen Fällen bestimmt häufig der Sitz einer Wa[illegible], ein Trauma, eine Narbe etc., aus welchen sich das Carcinom [illegible]n entwickelt, den Ort der krebsigen Degeneration. Im Uebr[illegible]n scheint dieselbe an der Nase häufiger von den Nasenflügeln, [illegible]s vom Nasenrücken auszugehen. Von den Augenlidern ist unstr[illegible]g das untere Lid sowie der innere Augenwinkel bevorzugt, wäh[illegible]d der Ausgangspunkt vom oberen Lide selten ist. Es ergiebt [illegible]h

somit ein auffallender Unterschied in der Empfänglichkeit gewisser Regionen für die Carcinomentwickelung.

Auch nach dem Geschlecht und dem Stande der Individuen ist eine Verschiedenheit der Disposition zu derselben constatirt. Wenn das weibliche Geschlecht gegen Unterlippenkrebs eine ziemlich weitgehende Immunität besitzt, so ist es gegen die übrigen Gesichtskrebse nicht so sehr gefeit, wenngleich das männliche Geschlecht immer noch ein weit grösseres Contingent zu diesen Erkrankungen stellt. Von 357 Gesichtscarcinomen (ausgeschlossen die Lippencarcinome) bei von Winiwarter und Trendelenburg kommen 223 auf das männliche, 134 auf das weibliche Geschlecht. Unter unseren 72 Patienten befinden sich 47 Männer, 25 Frauen. In Uebereinstimmung mit anderen Statistiken kommen auch nach unserer Tabelle die Carcinome der Stirn wesentlich häufiger bei Frauen, als bei Männern vor.

Der grösste Theil der an Gesichtskrebs Erkrankten rekrutirt sich aus der Landbevölkerung, und zwar gilt dies noch mehr, als für die Lippenkrebse, für die Carcinome der übrigen Gesichtsregionen. Leider können wir aus unseren Fällen nicht den Beweis durch Zahlen für diese Thatsache liefern, da bei den weiblichen Kranken durchgehends keine diesbezüglichen Angaben vorhanden sind, und dieselben auch bei vielen männlichen Kranken fehlen.

Wenn im Allgemeinen der Krebs eine Erkrankung des höheren Lebensalters darstellt, so gilt dies besonders von den Gesichtscarcinomen. Nach von Winiwarter fällt die grösste Zahl der zur Beobachtung kommenden Gesichtskrebse zwischen das 45. bis 60. Lebensjahr und es kommen auf diesen Zeitraum fast eben so viele Erkrankungen, wie auf alle übrigen Jahre zusammen. Vor dem 30. Lebensjahre treten dieselben nur ganz vereinzelt auf.

Trendelenburg hat zuerst darauf aufmerksam gemacht, dass diese Zahlen kein richtiges Bild von der relativen Häufigkeit des Vorkommens in den verschiedenen Lebensaltern geben. „Da weniger Individuen von 70 Jahren gleichzeitig am Leben sind, als Individuen von 50 Jahren, so werden natürlich Carcinome seltener bei 70jährigen, als bei 50jährigen zur Beobachtung kommen.“ Nach einer das Zahlenverhältniss der Individuen in den verschiedenen Altersklassen berücksichtigenden Berechnung hat er die relative Häufigkeit der Gesichtskrebse in einer Curve graphisch

dargestellt. Dieselbe erreicht ihren Culminationspunkt erst im Bereiche des 70.—75. Lebensjahres. Die Disposition zur Erkrankung an Gesichtskrebs steigt also bis in das hohe Alter und zwar besonders rasch zwischen dem 40. und 60. Jahre. Eine zum Vergleiche dargestellte Curve, berechnet aus 4769 Carcinomen überhaupt, erreicht dagegen schon im 6. Decennium ihren Höhepunkt.

Von unseren 72 Fällen können wir über das durchschnittliche Alter der Patienten zur Zeit des ersten Auftretens des Carcinoms leider keine statistischen Angaben machen, da über die Hälfte von den Krankengeschichten mangeln. Zur Zeit, als sie sich der ersten operativen Behandlung unterwarfen, standen die Patienten in einem Alter, welches aus folgender Tabelle ersichtlich ist:

	Lebensjahr:					Summe
	30.—40.	41.—50.	51.—60.	61.—70.	71.—80.	
Männer	1	7	10	19	10	47
Frauen.....	1	1	8	11	4	25
Im Ganzen .	2	8	18	30	14	72.

Die meisten Kranken standen somit beim Eintritt in d Klinik im Alter von 60—70 Jahren, nach einer Durchschnitt berechnung im Alter von 62,1 Jahren.

Von dem Bestehen der Erkrankung bis zur ersten Op ration geben die kurzen Bemerkungen in den 30 zu Gebote stehend Krankengeschichten eine Anschauung. Die Zeit zählt meist na Jahren und zwar nicht nur nach 2—3, sondern oft nach 8—10 Jahre Indessen sind die Fälle, in denen die Patienten, gezwungen dur das rapide Wachsthum und den frühzeitigen tiefgreifenden Zerf der Neubildung, schon vor Ablauf eines Jahres ärztliche Hü aufsuchen, nicht gerade eine grosse Seltenheit. Wir finden der unter den 30 Kranken nicht weniger als 5. Andererseits komm auch mehrere Fälle vor, wo 15—20 Jahre seit Bestehen des G schwüres verliefen, bis es zur Operation kam.

Was die Frage der Heredität der Gesichtscarcinome ange so scheinen die Patienten, nach den vorhandenen Krankengeschicht zu urtheilen, über diesen Punkt regelmässig examinirt worden sein. Indessen liegen aus diesen 30 Krankengeschichten nur zw anamnestische Angaben vor, welche auf hereditäre Belastu eventuell schliessen liessen. In dem einen Falle (V, 3) starb

Vater, nachdem er $^1/_2$ Jahr vor seinem Tode wegen Wangencarcinom operirt worden war; in dem anderen Falle (III, 2) soll der Bruder des Vaters (!) mit den vierziger Jahren einen Wangenkrebs bekommen haben, welchem er erlag. Diese beiden Fälle können jedenfalls nicht zur Annahme einer hereditären Prädisposition drängen.

Wir kommen nun zur Beantwortung der Hauptfrage unserer statistischen Untersuchungen, zur Prognose der Carcinome des Gesichtes mit Ausschluss der Lippencarcinome.

Eine genaue Statistik über die durchschnittliche Lebensdauer bei diesen Krebsen, falls sie nicht therapeutisch behandelt werden, zusammenzustellen, ist heutzutage sehr schwierig, denn man trifft in civilisirten Ländern doch nur äusserst wenige Kranke dieser Art, die nicht operirt oder wenigstens durch Aetzmittel behandelt worden sind.

Uebrigens ist wohl bei keinem Carcinom die Prognose individuell so verschieden, wie gerade bei den in Rede stehenden. Es erklärt sich dies, wie oben gesagt, aus dem verschiedenen Malignitätsgrade, je nach Art und Sitz desselben. Ausserdem ist natürlich noch die Dauer des Bestehens und die Grösse und Ausbreitung der krebsigen Degeneration prognostisch von grosser Wichtigkeit. Dementsprechend werden die zu therapeutischem Zwecke getroffenen Massnahmen im einzelnen Falle sehr verschieden grosse Eingriffe darstellen. Die Behandlung in der Klinik bestand bei unseren Fällen fast ausnahmslos in der Entfernung der Neubildung durch das Messer. Medicamentöse Mittel wurden nicht versucht, weder local, noch innerlich. Zweimal (IV, 9 und V, 16) geschah die Abtragung des Carcinomatösen mit dem Paquelin.

Die Ausbreitung und der Sitz des Carcinoms war in einigen Fällen der Art, dass nach der Excision gleich die Naht der Wunde folgen konnte. In der weit überwiegenden Mehrzahl derselben aber musste der Exstirpation ein mehr oder weniger ausgedehnter plastischer Ersatz des Defectes folgen. Wie oft die Operation sich nicht allein auf die Entfernung erkrankter Weichtheile, sondern auch auf die Abmeisselung bereits afficirter Knochen- und Knorpelpartieen erstreckte, ist aus folgender Zusammenstellung ersichtlich:

1. Resectio maxill. sup. . . . 1 mal (Fall II, 4).
2. „ „ „ part. 2 „ (Fall II, 6 und III, 1).
3. „ „ infer. „ 2 „ (Fall II, 15 und IIa, 3).

4. Resectio cranii part.	5 mal	(II, 13; IIa, 1; IV, 8; V, 7 und V, 11).
5. „ part. proc. zygomat. . . .	1 „	(Fall V, 17).
6. „ „ marg. infraorbit. . . .	3 „	(Fall III, 2; III, 3; V, 2).
7. Abtragung des Septum narium und des unteren Theiles des Proc. nasal.	2 „	(Fall II, 11; V, 26).
8. Exstirpation eines grossen Theiles des äusseren Gehörganges	1 „	(Fall II, 12).
9. Auskratzung des äusseren Gehörganges	1 „	(Fall II, 17).

Vorstehende Zusammenstellung lässt zugleich durch die An gabe der Gruppe, zu welcher jeder einzelne Fall gehört, den jedes maligen Ausgang erkennen. Bemerkenswerth ist es, dass di Gruppen mit Ausgang in Recidiv hierbei am meisten vertrete sind, was natürlich nicht auffallen kann, da der grössere operativ Eingriff auf grössere Ausdehnung des Carcinoms und tiefgreifender Zerstörungen schliessen lässt.

Der Akt der Operation an sich hat indessen nur in einer einzigen Falle den Tod des Kranken bedingt. Ein 69jährige Greis (I, 3) starb am Tage nach der Operation, ohne dass dieselb besonders schwerer Art gewesen zu sein scheint, an Inanition.

Die beiden anderen Kranken der Tabelle I erlagen zufällige Complicationen. Der eine (I, 1) starb nach 8 Tagen an Deliriu der zweite (1, 2) am 5. Tage an acutem Gelenkrheumatismu Solche Todesfälle sind streng genommen nicht auf Kosten d Operation zu rechnen.

Bei allen anderen Patienten war der Ausgang der Operati ein günstiger. Trotz recht schwerer, umfangreicher Operation mit Eröffnung der Hirnhöhle und Fortnahme des Kiefers bei nic selten mangelhafter Hautbedeckung ist kein Todesfall direct c Operation zur Last zu legen. Weder Bronchopneumonie, no eiterige Zellgewebsentzündung traten auf; kein Patient wurde se tisch oder pyämisch; keiner hat während seiner Kurzeit ein E sipel durchzumachen gehabt; eine Thatsache, die gegenüber S tistiken aus früherer Zeit kaum glaublich erscheint und die f lediglich der antiseptischen Behandlung zu danken ist.

Welches ist nun der definitive Erfolg unserer operativen l handlungsweise?

Rechnen wir die drei bald nach der Operation gestorbe Patienten und die 11, über deren Schicksal uns keine positi Nachrichten vorliegen, ab, so sind von den übrigen 58 im Gan

n localem Recidiv erkrankt 26. — Ob wir die 3 Fälle der Tabelle IIa. gleichfalls zu den Recidiverkrankungen rechnen sollen, darüber können wir mindestens zweifelhaft sein. Wenn wir bedenken, dass die Fälle von Gesichtscarcinom, bei denen später Krebs innerer Organe beobachtet wurde, äusserst selten sind, so müssen wir bei der Beurtheilung vorliegender 3 Fälle vorsichtig sein. Alle 3 Patienten blieben bis zu ihrem Tode ohne jede Spur eines localen Recidives.

Wir sehen zur Genüge aus den übrigen Fällen, wie gerne es zu frischen Neubildungen kommt, sobald nur geringe Tumorreste zurückgeblieben sind; wir sehen, wie selten selbst bei ziemlich ausgedehnten Zerstörungen Metastasen in den regionären Lymphdrüsen auftreten und wie eher hier die Degeneration bedeutend an Umfang zunimmt, bevor Anzeichen vorhanden sind, dass Keime von hier weiter verschleppt worden sind. Diese Erwägung kann uns von vornherein nicht für die Annahme geneigt machen, z. B. im Fall IIa, 1 das Pyloruscarcinom, welches mit Sicherheit constatirt wurde, als Metastase aufzufassen, zumal Patientin erst zwei Jahre nach der operativen Entfernung des Stirncarcinoms die ersten Beschwerden ihres neuen Leidens verspürte. Dagegen steht der Auffassung, dass das Pyloruscarcinom eine primäre, mit dem Gesichtskrebs in keinem ursächlichen Zusammenhange stehende Erkrankung war, nichts Hinderliches im Wege, wenn wir das zeitliche Aufeinanderfolgen der beiden Erkrankungen als zufällig ansehen. Wäre umgekehrt der Krebs der Stirn dem des Pylorus gefolgt, so würde kaum ein Chirurg an Metastase denken. Bei den beiden anderen Fällen kann leider nur mit Wahrscheinlichkeit die Diagnose eines Carcinoms innerer Organe gemacht werden. Der eine Patient (IIa, 2) erkrankte $^1/_2$ Jahr nach der Operation und starb 1 Jahr und 2 Monate nach derselben nach Aussage des damaligen Arztes „in Folge eines ähnlichen Gewächses im Leibe“. Der andere (IIa, 3) ging, nach den Aussagen der Angehörigen zu schliessen, an Carcinom des Oesophagus zu Grunde, 14 Monate nach der Operation.

Die Zeit, nach welcher das neue Carcinom, falls wir ein solches annehmen wollen, auftrat, die lange Dauer des Bestehens des Gesichtskrebses bis zur Operation, seine grosse Ausdehnung und die Affection der Lymphdrüsen lassen in diesen beiden Fällen die Annahme einer Metastase eher als gerechtfertigt erscheinen.

Uebrigens dürfen wir auf die Thatsache, dass Metastasen in innere Organen nach Gesichtskrebs selten beobachtet sind, nicht ein allzu grosses Gewicht legen; dieselbe findet vielleicht ihre natürliche Erklärung darin, dass man selten Gelegenheit hat, sich durch die Section von dem Verhalten der inneren Organe zu überzeugen, indem Todesfälle nach Operation des Gesichtscarcinoms selten sind und die betreffenden Leute es vorziehen, das Ende ihres Leidens zu Hause abzuwarten.

Abgesehen von diesen 3 Fällen, die kein sicheres Urtheil darüber gestatten, ob die spätere Erkrankung als secundärer Krebs aufzufassen sei oder nicht, giebt keiner der übrigen Anlass, Metastase in einem inneren Organe auch nur zu vermuthen.

Um so mehr tritt die locale Recidivfähigkeit unserer Carcinome hervor. Von 58 Patienten, über deren späteres Schicksal Nachrichten einliefen, erkrankten, wie oben gesagt, 26 = 44,8 pCt. an localem Recidiv; 29 = 50 pCt. blieben bis Mai 1887 resp. bis zu ihrem Tode recidivfrei. Dieses Zahlenverhältniss giebt natürlich kein richtiges Bild von der wirklichen Neigung zu Recidiverkrankung. Durch statistische Untersuchungen ist festgestellt und kann durch unsere erhärtet werden, dass nach Ablauf von 3 Jahren gewöhnlich keine Recidive mehr eintreten, so dass man die Kranken nach diesem Zeitraume wohl als dauernd geheilt zu betrachten pflegt. Von unseren 29 recidivfreien Patienten starben intercurrent vor Ablauf dieses 3jährigen Zeitraumes 5; von den 24 welche bis zur Zeit unserer Nachforschungen noch ohne jedes Recidiv lebten, sind 15 nach obiger Annahme noch nicht über die Möglichkeit eines Recidivs hinaus. Eine definitive Heilungsdauer über 3 Jahre finden wir also nur bei 9 Patienten.

Unter den 26 Recidiverkrankungen befinden sich 17 Patienten (Tabelle II), welche an ihrem Recidiv gestorben sind; 7 (Tabelle III) welche mit Recidiv leben, und 2 (Tabelle IIIa), welche nach wiederholter Operation jetzt recidivfrei sind.

Das Recidiv entstand entweder in der Wunde selbst, oder in der Narbe oder deren nächsten Umgebung, nur in einigen Fällen zugleich in den regionären Lymphdrüsen. Bei Thiersch finden wir eine sehr zweckmässige Unterscheidung regionärer, continuirlicher und infectiöser Recidive. Erstere entstehen aus einer krankhaften Disposition der ganzen Gegend; die continuirlichen sind

olche, die sich aus zurückgelassenen Keimen entwickeln; die in-ectiösen beruhen auf Contagion oder Verschleppung. Von Infec-ionsrecidiven haben wir zwei wahrscheinliche, einen zweifel-aften Fall, und ist darüber bereits oben das Nöthige gesagt.

Als ein unzweifelhaftes Beispiel regionären Recidivs kann der all III, 6 gelten. Patient wurde im Februar 1881 wegen eines arcinoms auf der Nase operirt und vollständig geheilt. In dem-lben Monat des Jahres 1885 kam er abermals in's Spital mit nem Ulcus rodens der rechten Parotisgegend und des rechten ragus. Nach dem Sitz und der Zeit der Entwickelung dieses tzteren zu urtheilen, kann es nicht als auf zurückgebliebenen umorresten oder Verschleppung carcinomatösen Materiales basirend trachtet werden. Nach gründlicher Entfernung alles Krankhaften nd abermaliger vollständiger Heilung zeigt er heute, 2 Jahre ach der letzten Operation, wiederum ein Ulcus rodens von ge-nger Ausdehnung in der Gegend des rechten Stirnhöckers. Wir üssen annehmen, dass es sich bei diesem Kranken — er ist ein 5jähriger Bauer — um eine Neigung, speciell, wie es scheint, r rechten Gesichtshälfte zu oberflächlicher carcinomatöser Dege-ration handelt. Man bezeichnet also in solchen Fällen eine Er-ankung als regionäres Recidiv, die streng genommen kein Recidiv des Wortes ursprünglicher Bedeutung, sondern eine primäre eubildung derselben Art an einer anderen Stelle darstellt, welche cht durch die erste bedingt ist. Die Neubildung kann ebenso t gleichzeitig an verschiedenen Stellen primär auftreten, und ir haben dann die relativ seltenen Fälle von „multipler Carcinom-ldung". Auch hierfür haben wir ein Beispiel: II, 17 (siehe die rankengeschichte).

Wir haben oben gesagt, dass im Allgemeinen eine recidivfreie it von 3 Jahren genügt, um die Möglichkeit eines Rückfalles szuschliessen. Wenn diese allerdings etwas willkürliche Grenze h nicht als durchgehends richtig erweist, wenn wir auch nach und 10 Jahren Recidive auftreten sehen, so kann uns das we-ger Wunder nehmen in der Erwägung, dass diese so spät nach r Entfernung der ersten auftretenden Neubildungen keine eigent-hen, sondern sogenannte regionäre Recidive sind. Gegen diese nn auch die ausgiebigste operative Entfernung keine dauernde ilfe schaffen, es müsste denn die ganze anatomische Region von

vornherein geopfert werden; dies geht wohl beim Peniscarcinom nicht aber bei dem des Gesichtes. Somit können wir in der Tha keinem Kranken mit Gesichtskrebs eine sichere Gewähr dafür geben dass er durch unsere operative Behandlung gegen ein neues Auf treten desselben Leidens geschützt ist.

Ein continuirliches Recidiv können wir verhüten, sobald wi der Indication genügen, alles Krankhafte zu entfernen. Dies is aber in vielen Fällen sehr schwierig, oft ganz unmöglich. Wi dürfen überzeugt sein, dass bei jedem unserer Patienten alles Ent artete, so weit es sich mit freiem Auge als krank oder verdächti erwies, und noch wenigstens mehrere Millimeter darüber hina exstirpirt wurde; abgesehen vielleicht von einzelnen Fällen, in dene sich wärend der Operation die Unmöglichkeit einer vollständige Entfernung alles Degenerirten herausstellte. Nichtsdestowenig sind von unseren 26 Recidiven bei Weitem die Meisten unzweife haft als continuirliche aufzufassen. Dafür spricht der Sitz an d Stelle des früheren Tumors oder doch dessen nächsten Umgebun sowie die durchgehends relativ kurze Zeit, nach welcher sie au traten. In diesen Fällen lagen jedenfalls Ausläufer der Entartu jenseits der Operationslinie, welche mit freiem Auge nicht zu e kennen waren, und die auch mikroskopisch nur an gehärteten u in geeigneter Weise behandelten Präparaten zu entdecken sind.

Es ist von grösstem Interesse, zu wissen, wie lange Zeit na der Operation das erste Recidiv eintrat. Wir können diese Fra exact leider nicht beantworten, da die betreffenden Angaben ungenau und nicht immer zuverlässig sind. In einem Falle (II, in welchem der Patient mit Recidiv eintrat, ist die Zeit der erst Operation völlig unbekannt. Im Uebrigen können indessen folgen ungefähre Zeitangaben als richtig gelten:

Das erste Recidiv trat auf:

vor Ablauf dreier Monate . . . . . 11 m
Tabelle II. No. 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 17 = 8 mal,
„ III. „ 3, 5 = 2 mal,
„ IIIa. „ 2 = 1 mal,

ca. ½ Jahr später 4
Tabelle II. No. 2, 12, 16 = 3 mal,
„ III. „ 4 = 1 mal,

ca. 1 Jahr später 4
Tabelle II. No. 5, 6, 9 = 3 mal,
„ III. „ 7 = 1 mal,

ca. 2—3 Jahre später 5
Tabelle II. No. 3, 4 = 2 mal,

Tabelle III. No. 1, 2 = 2 mal,
„ IIIa. „ 1 = 1 mal,
nach 3 Jahren . . . . . 1 mal,
Tabelle III. No. 6.

Bei den 17 Patienten, welche an Recidiv gestorben sind, trat as erste also 8mal noch vor Ablauf von 3 Monaten ein. Sämmtche Operirte wurden aus dem Spital entweder „geheilt“ oder fast geheilt“ mit gut granulirender Wundfläche entlassen. Nur ei einer Patientin (II, 11) trat noch während ihres Aufenthaltes n Spital Recidiv auf, mit welchem sie als inoperabel entlassen urde. Ausserdem zeigte sich das Recidiv 3mal in der noch unrnarbten Wunde. In keinem Falle der Tabelle II. trat dasselbe ch 3 Jahren auf. Der einzige derartige Fall ist der schon oben s regionäre Recidiverkrankung angesprochene, der Tabelle III, No. 6.

An ihrem ersten Recidiv starben, ohne dass es zu einer aberaligen Operation gekommen wäre, 12 Patienten; von den übrigen der Tabelle II, welche zum zweiten Male operirt wurden, erlagen m zweiten Recidiv 4, bei einem kam es zur dritten Operation.

Unter den Kranken der Tabelle III befinden sich 3 mit erstem, mit zweitem und 1 mit drittem Recidiv. Davon sind einer aberaligen operativen Behandlung mit Aussicht auf Erfolg zugänglich n Fall mit erstem (III, 7) und einer mit zweitem Recidiv (III, 6); s inoperabel können sicher gelten die Patientin mit drittem (III, 3), n Patient mit zweitem (III, 1) und einer mit erstem Recidiv (III, 2).

In den 11 Fällen, in welchen auf die zweite Operation ein eites Recidiv folgte, war die Dauer des Intervalles stets eine hr kurze. Dreimal schritt die krebsige Degeneration von der ch unvernarbten Wunde aus weiter vor. Durchschnittlich betrug e Heilungsdauer, so weit sich dies aus den Angaben ersehen ss, 2—3 Monate.

Der Fall III, 6, in welchem das zweite Recidiv erst nach nem Jahre auftrat, ist eine grosse Ausnahme und wird durch nnahme eines regionären Recidives, wie oben erörtert, erklärlich.

Von den 3 Patienten, welche bei Vorstellung des zweiten Redives noch operabel waren, starb der eine 4 Monate nach überandener Operation, der zweite lebt mit inoperabelem drittem cidiv, welches kurze Zeit nach Entfernung des letzten eintrat, in chektischem Zustande (III, 3); der dritte wurde erst vor einigen ochen als geheilt entlassen.

Hieraus ergiebt sich somit die von Thiersch besonders be
tonte Thatsache, dass das Intervall zwischen Operation un
Recidiv mit jeder folgenden Operation kürzer wir
Während nach der ersten Operation meist eine Zeit von 1—2 Jahre
bis zum Auftreten des Recidives verstreicht, liegt zwischen de
ersten und zweiten Recidiv meist nur ein Zeitraum von wenige
Monaten, während das dritte sich fast unmittelbar an die Operatio
anzuschliessen pflegt.

Was nun den weiteren Verlauf des Carcinoms anlangt, nach
dem das Recidiv eingetreten, so hat das Carcinom in den Fälle
der Tabelle II. durchschnittlich in 2 Jahren nach der Operatio
zum Tode geführt. Diese Zeitdauer ist auffallend lange und wir
in unseren Fällen besonders bedingt durch drei, welche sich dur
ihren eminent chronischen Verlauf auszeichnen (Tod nach der erste
Operation in $3^1/_2$, $4^3/_4$ und $6^1/_4$ Jahren). Im Uebrigen ist die
verhältnissmässig lange Lebensdauer mit Recidiv für Gesichtskre
charakteristisch. Wo es nicht zur Operation des ersten Recidiv
kam, war das Intervall bis zum Tode durchschnittlich noch grös
(es betrug 2 Jahre und 2 Monate), während bei den nach wiede
holter operativer Behandlung Gestorbenen der Tod durchschnittli
bereits 16 Monate nach der ersten Operation eintrat. Diese Differe
werden wir indessen nur durch die grössere Malignität der betr
fenden Carcinome der letzteren Fälle, die in kurzer Zeit wied
holte Operationen erforderten, erklären dürfen. Die Zeit von d
letzten Operation bis zum Tode betrug bei den wiederholt Op
rirten durchschnittlich nur 5 Monate. Mit jedem Recidiv verm
dert sich somit die Aussicht auf operative Heilung.

Wenden wir uns nun zu jenen Kranken, welche durch uns
Kunst zum Theil dauernd von ihrem Leiden befreit worden si
zum Theil wenigstens bis zur Stunde unserer Nachforschungen re
bis zu ihrem Tode noch ohne jede Spur eines Recidives waren.

Die Zahl dieser Kranken insgesammt beträgt 29, davon le
21, es starben 8. Zu den 21 am Leben befindlichen komm
noch hinzu die beiden Fälle der Tabelle IIIa, welche zwar
Recidiv befallen, aber durch wiederholte operative Behandlung je
recidivfrei sind. Indessen beträgt die Dauer der Heilung seit der letz
Operation bei beiden erst einige Wochen, so dass wir sie zur Festste
lung des definitiven Ausganges in keiner Weise verwerthen könn

Wie bereits oben bemerkt, sind von den übrigen 21 augenicklich Geheilten 15 noch nicht über die Möglichkeit eines Redives hinaus, wenn wir an der Annahme einer dreijährigen Heingsdauer als Probezeit für die definitive Heilung festhalten. In Fällen besteht jetzt die operative Heilung seit ca. 10, 9, 7, 6 d 4 Jahren (Tab. V, 1, 2, 4, 6, 8, 9). Von den übrigen noch enden Patienten sind ohne Recidiv seit mindestens 2 Jahren Kranke (Tab. V, 11—16); seit mindestens 1 Jahre 7 Kranke ab. V, 18—24). Die beiden Patienten V, 28 und 29 sind gesund t 10 und 8 Monaten.

Unter den intercurrent Gestorbenen befinden sich drei, bei lchen die durch unsere Therapie erzielte Heilungsdauer erst nach Jahren durch eine andere Todesursache abgebrochen wurde. Der e (V, 3) starb frei von Recidiv nach 5 Jahren an „Wassersucht", r zweite (V, 5) nach 6 Jahren an „Hirnschlag", der dritte (V, 7) ch 4 Jahren an „Lungensucht". Von den übrigen 5 lebten einer er 2 Jahre, zwei ca. 1 Jahr, ohne von ihrem früheren Leiden as zu bemerken. Die beiden anderen starben ebenfalls ohne cidiv nach 4 und 5 Monaten.

Ein definitives Heilresultat von mindestens 3 Jahren weisen o im Ganzen nur 9 Fälle auf.

Eine 2jährige Heilungsdauer finden wir in 9 + 7 = 16 Fällen. er 1 Jahr geheilt sind 16 + 8 = 24 Patienten. Bei den übrigen Kranken der Tabelle V beträgt die Zeit der Heilung erst 4 bis Monate, bei den 2 der Tabelle IIIa erst einige Wochen.

Das Schicksal aller Operirten gestaltet sich also folgenderassen:

1.	Bald nach der Operation gestorben	3 Kranke	=	4,2 pCt.
2.	An Recidiv gestorben	20 „	=	27,8 „
3.	Mit Recidiv lebend	7 „	=	9,7 „
4.	Schicksal unbekannt	11 „	=	15,3 „
5.	Intercurrent gestorben ohne Recidiv	8 „	=	11,1 „
6.	Frei von Recidiv.	23 „	=	31,9 „
		72 Kranke.		

Wenn nun auch nicht alle bis jetzt ohne Recidiv lebenden ienten als definitiv geheilt anzusehen sind, so kann man andererseits doch auch annehmen, dass ein Theil Derjenigen, über deren dschicksal nichts bekannt ist, geheilt geblieben sind. Ausserdem st ein Theil der intercurrent Gestorbenen ein sicheres definitives lresultat auf. Zu No. 2 obiger Zusammenstellung „an Recidiv

gestorben“ sind auch die 3 oben besprochenen Fälle der Tabelle II (an Carcinom innerer Organe gestorben) mit eingerechnet. Zuder dürfen wir den Procentsatz dieser Rubrik auch deshalb nicht s hoch anschlagen, als sich unter den betreffenden Kranken mehrer befinden, bei denen das Recidiv jedenfalls nicht als einzige Todes ursache anzuschuldigen ist. So war z. B. in einem Falle die officie angegebene Todesursache: „Krebs am Auge und Lungenleiden“

Wenn wir das hohe Alter dieser Leute bedenken, welches zu Zeit ihres Todes im Durchschnitt 65 Jahre betrug, so dürfen w mindestens vermuthen, dass das Recidiv in manchen Fällen da Lebensende nur um ein Geringes eher herbeigeführt hat, und da dasselbe Recidiv bei einem jüngeren Individuum zur Operation g kommen eventuell geheilt worden wäre.

Es ergiebt sich somit im Allgemeinen aus unseren Unte suchungen, dass das Gesichtscarcinom besonders insofern ei grössere relative Gutartigkeit gegenüber anderen Carcinomen besitz als sein Wachsthum und seine Ausbreitung in der Regel nur ga langsam vorwärts schreitet, sein Bestehen selbst nach Jahren d Allgemeinbefinden der Patienten nicht nennenswerth schädig Lymphdrüseninfection sowie Metastasen in inneren Organen se selten sind. Demgegenüber ist das Auftreten von Recidiven relat häufig, was einigermaassen auffallend erscheint. Folgende Erwägu aber macht dasselbe leichter erklärlich. Das Carcinom beste lange Zeit als kleines, flaches Geschwür oder Knötchen bei ind lenten Leuten meist aus der Landbevölkerung und findet in Fol dessen wenig Beachtung. Dann tritt plötzlich, entweder oh wahrnehmbare Veranlassung oder besonders nach äusseren Insulte ein rapides Wachsthum ein, es werden auch die tiefliegenden The ergriffen, und bevor sich die Patienten zur Operation entschliess hat der Krebs eine bedeutende Ausdehnung gewonnen, die Abgre zung gegen gesundes Gewebe ist in der Tiefe und besonders dem Knochen schwer zu erkennen; wichtige Functionen der krankten und der ihnen benachbarten Theile setzen dem Mes ziemlich enge Grenzen, und so ist die Unmöglichkeit, alles Kra hafte zu entfernen, sehr häufig gegeben.

Eine dauernde Heilung würde gerade bei den Gesichtscarcinom wegen ihrer relativen Gutartigkeit gewiss viel häufiger erre werden, wenn man bei der Exstirpation von der ganzen Umgeb

ine grössere Partie entfernen könnte, als es in der Regel möglich esp. thunlich ist. Es ist besonders bei der Operation eines Gechtskrebses der von Thiersch gegebene Rath wohl zu beachten, e Neubildung mit einem breiten Saume gesunden Gewebes, ohne ücksicht darauf, wie sich der Substanzverlust gestalten möge, exstirpiren. In zweiter Linie erst kommen die Rücksichten auf s äussere Erscheinen des Kranken.

Die Prognose der Carcinome des Gesichtes wird sich also nn günstig gestalten, wenn sich einestheils die Patienten mögchst frühzeitig zur Operation stellen, — alle Versuche, durch erflächliche Aetzungen dem Uebel Einhalt zu thun, müssen terbleiben, da durch dieselben nur der richtige Zeitpunkt verumt und der klinische Charakter des Geschwüres verschlimmert rd, — wenn anderentheils möglichst ausgedehnt operirt werden d das Carcinom allseitig mit einem möglichst breiten Saume sunden Gewebes exstirpirt werden kann.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.